

13
29



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE LAS
MADRES DE NIÑOS CON ESPASMO DEL SOLLOZO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
CAROLINE LUZ OLIVARES WALKER

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	5
CAPITULO 1	
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Diagnóstico diferencial.....	22
1.3 Cuadro Clínico del Espasmo del Sollozo.....	33
1.4 Pronóstico.....	47
1.5 Tratamiento del Espasmo del Sollozo.....	52
CAPITULO 2	
CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD DE LAS MADRES.....	59
CAPITULO 3	
LA INTERACCION MADRE-HIJO.....	86
CAPITULO 4	
METODO DE LA INVESTIGACION.....	112
4.1 Hipótesis de Trabajo.....	113
4.2 Definición de Variables.....	114
4.2.1 Variables Independientes.....	114
4.2.2 Variables Dependientes.....	115
4.3 Selección de la Muestra.....	117

	Pág.
4.4 Instrumentos.....	118
4.4.1 El Inventario multifásico de la personalidad MMPI.....	118
4.4.2 Inventario de Ansiedad.....	124
4.4.3 Cuestionario de Sobreprotección.....	125
4.5 Diseño de la Investigación.....	126
4.6 Procedimiento.....	126
4.7 Reporte del Estudio Piloto.....	127
CAPITULO 5	
ANALISIS ESTADISTICO.....	129
5.1 Resultados.....	129
5.2 Resultados del Análisis Estadístico del MMPI.....	136
5.3 Resultados del Análisis Estadístico del IDARE.....	137
5.4 Resultados del Análisis Estadístico del Cuestionario de Sobreprotección.....	138
5.5 Perfiles obtenidos del MMPI para ambos grupos.....	139
CAPITULO 6	
ANALISIS DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	140
6.1 Interpretación y Discusión de los Resultados	140
6.1.1 Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.....	140
6.1.2 IDARE: Ansiedad-Rasgo/Estado.....	143
6.1.3 Cuestionario de Sobreprotección.....	144
6.2 Conclusiones.....	147

	Pág.
6.3 Límites.....	148
6.4 Recomendaciones.....	149
6.5 Sugerencias.....	150
NOTAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
BIBLIOGRAFÍA.....	156

ANEXOS

ANEXO 1	161
ANEXO 2	166
ANEXO 3	182
ANEXO 4	186

RESUMEN

El presente trabajo es el reporte de una investigación de campo llevada a cabo con el objeto de hacer una descripción del perfil característico de personalidad de las madres de niños que padecen Espasmo del Sollozo. Se utilizaron 2 grupos independientes de madres denominados grupo experimental y grupo control. El primero consta de 20 madres de niños con Espasmo del Sollozo y el segundo de 20 madres de niños que padecen otras alteraciones de conducta ajenas al Espasmo del Sollozo. Las hipótesis formuladas plantean diferencias significativas entre los puntajes obtenidos de las pruebas Idare, MMPI y el cuestionario de Sobreprotección aplicados a los grupos. El análisis estadístico elegido fue la prueba t, cuyos resultados hicieron aceptar las hipótesis alternas, demostrando que las madres de los niños con Espasmo del Sollozo presentan un perfil de personalidad caracterizado por una tendencia mayor hacia la Depresión, Narcisismo, Obsesividad y Necesidades de control. Se llegó a la conclusión que existe una relación directa entre estas características mencionadas y la aparición, instauración y conservación del Espasmo del Sollozo en el infante.

INTRODUCCION

El motivo de la elección del tema de esta investigación tuvo su fundamentación en una inquietud que surgió algunos años atrás, por conocer un poco más acerca de las causas, naturaleza y del significado, en lo que a Psicología se refiere, de los trastornos conductuales en la infancia.

Avocándonos más específicamente al tema, se eligió al espasmo del sollozo, por ser éste un padecimiento frecuente de la infancia que, por lo general se instaura como un mecanismo de interacción del niño y su familia, una vez que ésta presente las características necesarias, y me refiero más -- que nada a la interacción del niño con su madre, la cual -- tiende a presentar ciertas características en su personalidad que son descritas y estudiadas a lo largo del presente -- trabajo.

Se eligió al espasmo del sollozo, por tratarse de un -- trastorno convulsivo, cuya presentación es dramática y culmi -- na en general en una convulsión e inconciencia, y que pese a lo que pudiera parecer al presenciarlo, no tiene una funda -- mentación fisiológica que pudiera hacerle ser clasificado en -- tre las enfermedades netamente orgánicas, es decir, se trata de un padecimiento que en su manifestación clínica aparenta ser un ataque convulsivo y sin embargo, se trata de un tras -- torto de conducta que se presenta en niños pequeños por di -- versas causas, y que en los exámenes médicos, por lo general

no existen alteraciones neurológicas ni respiratorias que -- pudieran justificar las apariciones del cuadro clínico.

Entonces, en el presente estudio se intentó conocer, -- describir y explicar la naturaleza de los patrones de interacción materno - infantil en el padecimiento que nos compete, así como, hacer también una descripción de las características observadas con mayor frecuencia en la personalidad de -- las madres de los pacientes; apoyando las conclusiones en -- los hallazgos hechos de los historiales clínicos, patrones - observados en el consultorio y en las pruebas aplicadas de - personalidad.

La investigación fue llevada a cabo en dos etapas. La primera consta de la revisión bibliográfica detallada acerca del espasmo del sollozo y de las actitudes observadas frecuentemente en las familias de los pacientes, así como de la forma de interacción madre-hijo que se da tratándose de mujeres como las que aquí se describen.

La segunda etapa, consta de una investigación de campo, en la que se trabajó a lo largo de varias entrevistas con -- las diadas madre-hijo de 40 pacientes, a lo largo de las cuales se lograron conocer sus formas de interacción métodos de crianza de las madres, así como los deseos, temores y fantasías de ellas con respecto a sus infantes. También se aplicaron a cada una de ellas una batería de pruebas de personalidad, más que nada con el objetivo de poder cuantificar los

resultados y llegar a conclusiones concretas y medibles.

Las páginas de esta tesis son el resultado de varios meses de trabajo teórico y práctico, y cabe decir que ha sido una experiencia por demás gratificante, por el aprendizaje - obtenido, y tanto más por haberme brindado la oportunidad -- del trato directo con mentes y sentimientos de seres humanos, por quienes manifiesto mi profundo respeto.

JUSTIFICACION

Para justificar esta investigación, debe mencionarse -- que el Espasmo del Sollozo es un padecimiento frecuente en la infancia que es tratado en la práctica médica general muchas veces de manera incompleta tratando solo al niño, identificándolo como paciente que padece el trastorno sin tomar en cuenta su medio ambiente familiar en el que está inmerso, o bien de manera inadecuada por medio de la administración de medicamentos y en el mejor de los casos, se instruye a la familia en algunas técnicas educacionales, cuando debería -- tratarse al Espasmo del Sollozo como un padecimiento con aspectos de índole psicológica, que están en relación directa con el trato recibido del niño por parte de su familia y en la mayoría de los casos por la madre.

Entonces, se justifica un estudio que describa el perfil característico de las madres de los niños que presentan Espasmo del Sollozo, para que se brinde así un tratamiento integral que incluya a la diada madre-hijo para el logro de buenos resultados terapéuticos. Ahora bien, se justifica -- además este estudio debido a que no existe en la bibliografía los suficientes reportes, acerca de los aspectos psicológicos que se dan en este padecimiento, entonces se considera de gran importancia la investigación acerca del tema para establecer así bases para futuras investigaciones.

C A P I T U L O I

1.1 Antecedentes.

El Espasmo del Sollozo en la infancia, ha sido una observación común en la práctica pediátrica, y ha constituido un tema de interés e investigación desde el punto de vista fisiológico y actualmente psicológico; habiéndose planteado diversas explicaciones y descripciones que serán citadas en breve:

El dato más antiguo es retomado por Livingston (1970), quien menciona a Culpeper como estudioso del Espasmo del Sollozo en el año 1616. Otras descripciones aparecieron a mediados del siglo XIX en Francia, Alemania e Inglaterra; y -- fue J.F. Meigs (1870)⁽¹⁾ de Filadelfia el primer investigador que hizo la diferenciación de este tipo de episodios y -- los ataques convulsivos, estridor laríngeo y otros desórdenes aparentemente similares. Los denominó "Espasmos del Sollozo" tan claramente como los denominados actualmente. Su conclusión fue que "La causa más frecuente de los paroxismos es la contradicción" y que pueden ser desencadenados también por miedo, dolor y llanto; siendo ésto entonces, tan conocido como lo es actualmente.

El primer escrito norteamericano acerca del Espasmo del Sollozo fue hecho por el Dr. Isaac Abt (1918)⁽²⁾, En Chicago. Este discutió las diferencias clínicas entre este tipo de -- ataques y la epilepsia, y estableció que esta diferencia po-

día notarse "en cada caso". Neumann (1905)⁽³⁾ en su trabajo describió el caso de un niño que sufría de ambos, ataques convulsivos y espasmos del sollozo típicos, Ibrahim (1911)⁽⁴⁾ citó un caso con antecedentes familiares con lo que se denominó "ataques respiratorios emocionales"; éste último así como Stier (1918)⁽⁵⁾ discutieron al espasmo del sollozo como un reflejo condicionado; y otros lo han considerado como una "neurosis respiratoria" iniciada con el estímulo de frustración, coraje, dolor, miedo, etc.

Weiss y Baker (1933),⁽⁶⁾ hicieron comentarios en base a las observaciones hechas del desarrollo de la cianosis en pacientes con sensibilidad del seno carotídeo. Peiper (1939),⁽⁷⁾ hizo observaciones de la fisiología de la respiración durante los ataques, haciendo cuidadosos registros de los movimientos respiratorios durante un espasmo del sollozo en un niño de 8 meses de edad y demostró con claridad que la respiración es interrumpida en la fase de completa espiración; sugirió que todo indica que existe un espasmo en la glotis como parte del cuadro de rigidez generalizada y espasmo. Lo abrupto de la finalización del espasmo del sollozo, puede también ser interpretado como la relajación de dicho espasmo.

En el pasado, varias teorías fueron adelantadas respecto a la ocurrencia de los espasmos del sollozo. Se señalaron también factores psicogénicos por Leo Kanner (1935) por un lado, y en el otro extremo, se plantea un mecanismo de au

to-asfíxia, propuesto por Hinman y Dickey (1956),⁽⁸⁾ Gauk, - Kidd y Prichard (1963).⁽⁹⁾ Consideraciones de fisiología tales como la inhibición cardíaca y respiratoria, fueron inducidas por Gastaut y Col. (1957, 1958, 1959), Maulsby y Kellaway (1964).⁽¹⁰⁾ La reducción de flujo sanguíneo cerebral secundario a la presión intratorácica incrementada por una maniobra de valsalva espontánea fue sugerida por Vulliamy - - (1956).⁽¹¹⁾

Bridge et al. (1943), hicieron referencia a que los criterios diagnósticos y la práctica de crianza de los niños -- tienen relación con la incidencia de los espasmos del sollozo; ya que en su encuesta hecha a los pediatras acerca de la incidencia del problema produjo mucha variabilidad en sus estimaciones. El mismo autor, realizó en el mismo año un estudio retrospectivo de 51 casos, encontrando una incidencia de epilepsia relativamente alta. Estudios posteriores de Livingston (1958),⁽¹²⁾ enfatizaron un buen pronóstico para los espasmos del sollozo. Existe un acuerdo en general (Stier, -- 1920;⁽¹³⁾ Bridge et al., 1943; Lombroso y Lerman, 1967), en que los espasmos del sollozo son superados espontáneamente - al llegar a la edad escolar, en la vasta mayoría de los casos.

Strauss en 1957,⁽¹⁴⁾ tomó como base "que los pacientes sujetos a espasmos del sollozo tienen un mecanismo cerebral defectuoso que hace que aparezca la inconciencia como reac-

ción refleja a una variedad de estímulos". Lombroso y Lerman (1967) encontraron que:

"La incidencia de antecedentes familiares de espasmos del sollozo definido como hereditario - fue del doble comparado con el grupo de controles (23% vs. 11%) y hacen notar que muchos autores (Low, et al., 1964) se han visto impresionados por la alta incidencia familiar del espasmo del sollozo".

También S. Pelc (1970) plantea que existe una incidencia de antecedentes heredo-familiares en el 60% de los casos. Holowach y Thurston (1963) (15) y Lombroso y Lerman (1967), plantearon que los niños con espasmos del sollozo que son anémicos muestran una mayoría importante una vez corregida la anemia.

En la forma pálida de síncope infantil, se ha visto que una falla circulatoria secundaria a asistolia es claramente responsable de anoxia cerebral, como ha sido demostrado por Gastaut et al, 1957, 1958; Maulsby y Kellaway, 1964, (16) y Lombroso y Lerman, 1967.

Gauk y Col. (1963), así como Sharpey-Schafer y Col. (1958) y Vulliamy (1956), (17) hicieron investigaciones acerca del espasmo del sollozo, dirigiendo su estudio hacia la fisiología de éste, haciendo hallazgos acerca de la reducción de

la circulación cerebral como resultado de la presión intratocránica aumentada debido al llanto violento del infante, todos sus registros se llevaron a cabo con el monitoreo de la frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio, presión arterial, saturación de O₂ en capilares y EEG.

Lombroso y Lerman (1967), en su investigación con 92 pacientes diagnosticados con espasmo del sollozo que fueron vistos entre los años de 1962 y 1964 que fue enfocada a la incidencia, evolución y fisiopatología del padecimiento, hicieron una clasificación desde el punto de vista clínico:

- A) Espasmo del Sollozo cianótico.
- B) Espasmo del Sollozo pálido.
- C) Espasmo del Sollozo indeterminado.

También observaron que tales ataques ocurrían en el 4.6% de 4980 individuos, y aquéllos afectados tendían a mostrar un historial familiar positivo de tales ataques. El inicio o edad de aparición variaba desde el neonato, hasta mediados del cuarto año de edad, y las edades más comunes variaban entre los 6 y los 18 meses. También hicieron descripciones claras acerca del cuadro clínico y factores precipitantes observados. Se llevaron a cabo en esta investigación las correlaciones que resultaron ser no significativas entre el espasmo del sollozo con la epilepsia y la deficiencia mental.

Gauk, Kidd y Prichard (1963)⁽¹⁸⁾ hicieron descripciones

claras de la secuencia de eventos, en el cual se incluye un evento precipitante, un arresto respiratorio, apnea, rigidez y a veces movimientos clónicos de las extremidades.

S. Livingston en 1970, publicó su trabajo acerca del diagnóstico diferencial del espasmo del sollozo y la epilepsia; fundamentando sus aseveraciones en 35 años de experiencia y concienzuda revisión de la literatura y dice:

"Actualmente, la mayoría de los pediatras no consideran al espasmo del sollozo como una forma de epilepsia y coinciden en lo que se refiere al tratamiento de los niños con este desorden. Aún así, muchos médicos que aparentemente no están familiarizados con el síndrome del espasmo del sollozo, lo confunden y lo diagnostican como epilepsia. En muchas ocasiones éstos han sido tratados con diversas drogas antiepilepticas."

Livingston (1970), también plantea una clasificación del espasmo del sollozo:

- 1) Ataques o espasmos simples.- Que son observados muy frecuentemente en los niños durante sus primeros años de la vida, la interrupción de la respiración es breve y puede o no estar asociada con cianosis.
- 2) Ataques o espasmos severos.- Se dan después

de un estímulo emocional que cause enojo, dolor o frustración; después de un período corto de llanto, el niño entra en espasmo (sin respiración) y casi siempre presenta cianosis, rigidez, pérdida de la conciencia opistotonía y movimientos clónicos francos y generalizados.

Stephenson (1978); llevó a cabo un estudio de historia les clínicas de 58 niños que fueron diagnosticados de espasmo del sollozo pálido (también llamados ataques anóxicos reflejos), los cuales eran comúnmente mal diagnosticados como epilépticos, dado que el factor precipitante había sido ignorado, no reconocido o era padecimiento asociado con fiebre o bien porque no había llanto, sin una franca interrupción de la respiración, cianosis mínima y a veces sin una palidez sugestiva de síncope o isquemia cerebral. En su investigación se utilizó como medida de apoyo diagnóstico la denominada "compresión ocular", demostrando que en el 55% de los casos, la asistolia presente superaba a los 4 segundos, respuesta, considerada anormal. Entonces, se planteó que los niños con espasmo del sollozo pálido tienden a ser anormalmente sensitivos al efecto de la disminución del ritmo cardiaco por compresión ocular. Y finalmente, se propone como instrumento de diagnóstico valioso a la compresión ocular bajo control de ECG del espasmo del sollozo pálido.

Sin embargo, Jabbour, et al. (1978) en sus estudios ase-
veran que los exámenes físico, neurológico y de laboratorio,
son normales en la mayoría de los niños, y que en el 50% de
los niños, se han observado problemas de comportamiento; a -
menudo se observan rabietas, hiperactividad y labilidad emo-
cional. Estos autores hacen énfasis en que la evaluación --
psicológica y la asesoría tienen su indicación en los niños
que reaccionan a medidas disciplinarias o a la frustración -
con espasmos del sollozo. Dicen también que estos pacientes
pueden ser ayudados mediante la orientación a los padres, di-
rigiéndolos a la modificación de sus actitudes y a cambios -
medio ambientales.

En lo que se refiere a los aspectos psicológicos del es-
pasma del sollozo, también se han hecho algunas observacio-
nes en los últimos años; tal es el caso de los trabajos de -
Bridge y Col. (1943) dijeron que se trataba de niños suscep-
tibles de tipo enérgico y activo que reaccionan vigorosamen-
te a situaciones en general y de las observaciones de Kanner
(1935), que estudió los problemas de personalidad de niños -
que padecieron espasmo del sollozo en la infancia, que se --
vio impresionado por el hecho de que los desórdenes conduc-
tuales persistieran después de que el espasmo del sollozo en
sí mismo desapareciera y señaló que el encuadre del hogar, -
en tales circunstancias contribuía a las dificultades.

Tenemos por otro lado, la posibilidad de que exista una

alteración en lo referente a la relación materno-infantil - que se asocia al trastorno, como lo explica Samuel Livingston en 1970:

"Estamos convencidos de que el tratamiento consiste primariamente en la orientación psiquiátrica - para llevar una mejor relación parental-infantil. En la mayoría de los casos, los desórdenes conductuales forman una parte integral del cuadro patológico del espasmo del sollozo...menos obvio pero no menos importante es el rol jugado por las actitudes parentales hacia el comportamiento y hacia los espasmos del niño. La falta de comprensión y el mal manejo por parte de los padres, indudablemente refuerzan un tipo de reacción en el niño -- que tiende a precipitar el espasmo del sollozo -- con gran facilidad. En ambos, tanto la iniciación y la continuación del cuadro del espasmo del sollozo, los desórdenes conductuales asumen un papel importante...las reacciones de enojo, las cuales comunmente precipitan los accesos, no ocurrirían a menos de que las condiciones en el hogar y ambientales contribuyeran para frustrar los deseos del niño...debido a la naturaleza alarmante de los síntomas, los padres inmediatamente se tornan más ansiosos, sobreprotectores y solícitos a satisfacer todos los deseos del niño, para así -- prevenir un posible acceso."

Abe, Oda y Amatori (1984) realizaron un estudio de seguimiento de niños con este padecimiento, mostraron que los varones tienden a presentar posteriormente, labilidad emocional y explosividad, y las niñas tendían a mostrar ansiedad excesiva. Este estudio de seguimiento de los pacientes, se llevó a cabo, enviando un cuestionario a las madres de los niños cuando éstos tenían 8 años de edad. En sus resultados se observó que ninguno de los pacientes manifestaba aún los espasmos del sollozo a la fecha del estudio de seguimiento. Sin embargo, se observó que los pacientes tendían a ser más temerosos ante extraños.

De las investigaciones acerca del espasmo del sollozo llevadas a cabo en México, podemos citar de los hallazgos obtenidos en 25 casos estudiados en la consulta externa del servicio de pediatría del Hospital Central de Petróleos Mexicanos, cuyos resultados aparecen publicados en la revista de Actualidades Médicas (Junio de 1972), pudo corroborarse que la edad afectada fluctuó entre los 12 y 24 meses; se encontró mayor incidencia en el sexo masculino, en un 68% contra el 32% de sexo femenino. La valoración de EEG se hizo en todos los pacientes para descartar otro tipo de padecimiento; estos pacientes recibieron terapia medicamentosa (fenilhidantoinato sódico, ácido de feniletílbarbitúrico y belladona; carbodiazepina, primadona y algunos derivados de benzodiazepina), sin resultados favorables a los medicamentos.

En el Instituto Nacional de la Salud Mental DIF, se -- han llevado a cabo investigaciones acerca del espasmo del - sollozo entre los años 1981-1984, por el Psic. Víctor Ma- - nuel García G. y el Dr. Joel Mendoza, cuyos resultados han sido publicados en las memorias del congreso de Psicología llevado a cabo en el año de 1984.

En base a la revisión bibliográfica de los anteceden- - tes e investigaciones previas acerca del espasmo del sollo- - zo, podemos decir, que éste ha sido estudiado desde dos pun- - tos de vista principalmente:

El primero, fisiológico, el cual ha recibido mayor - - atención, ha tocado diversos aspectos que para fines didác- - ticos se desglosarán en breve como sigue:

- A) Identificación del espasmo del sollozo como entidad nosológica diferenciada (Bakwin, -- 1966; S. Pelc, 1970; Lombroso y Lerman, - - 1967; Swaiman, 1982).
- B) Establecimiento del diagnóstico diferencial del espasmo del sollozo y otros padecimien- - tos (S. Livingston, 1970).
- C) Pronóstico e historia natural del trastorno (Abe, Oda, Anatomi, 1984).
- D) Tratamiento adecuado (J. Stephenson, 1978;- S. Livingston 1970).

En segunda instancia, se contempla al espasmo del sollozo, como manifestación de problemas de naturaleza psicológica. Sin embargo, bajo esta línea psicológica, las aseveraciones han sido limitadas o bien han sido presentadas con aparente timidez. Poco se ha dicho acerca de las características de personalidad de éstos pacientes, así como de las características de las familias a las que pertenecen. Sabemos que Leo Kanner (1935) y Bridgo y Col. (1943), hicieron descripciones de estas características psicológicas; y reconocieron también que este trastorno se da dentro de un contexto familiar que tiende a reaccionar con ansiedad excesiva y aprehensión. Estos mismos autores y Senn y Solnit (1968), S. Livingston (1970), Ajuriaguerra (1983 y Marta Békei (1984) entre otros estudiaron al espasmo del sollozo como un padecimiento que se da en la infancia, y que tiene aparte de una fundamentación fisiopatológica y predisposición hereditaria familiar, factores de naturaleza psicológica que aparentemente funcionan como instauradores del cuadro psicopatológico como un medio de manejar a la familia para conseguir así algunas gratificaciones como lo son la atención, preocupación de los padres y sobreprotección.

Entre aquéllos que han hecho descripciones acerca de las características de personalidad de los niños con espasmo del sollozo, están Bridge, Tietze y Livingston (1943) y Leo Kanner (1935), quienes coinciden en que se trata de niños irribables propensos a las reacciones emocionales exageradas

a la frustración y a la ansiedad; y que tales características están funcionando en un contexto familiar que reacciona con ansiedad excesiva y aprehensión (Livingston, 1970) tales, que contribuyen a cerrar el círculo de interacción patológica; y que de no existir tales modos de reacción en la familia, el episodio de espasmo del sollozo pudiera, si se presentase, solo como un fenómeno aislado a lo largo del desarrollo del niño.

Por otro lado, se plantean la existencia de algunas características en la personalidad de las madres de los niños con espasmo del sollozo, que pueden estar contribuyendo al manejo de relaciones psicopatológicas en el funcionamiento de la diada madre-hijo (Marta Békei, 1984). Siendo tales características una tendencia a la sobreprotección del niño debido a una ansiedad exagerada, bajo esmero materno, necesidades de control y obsesividad (Gordon Parker y Penny Lipscombe, 1981); madres dominantes y con hostilidad reprimida (Marta Békei, 1984); y con una tendencia a la alternancia entre la hiperprotectividad y el poco esmero debido a una ambivalencia por su inseguridad en su funcionamiento como madres (Anna Freud, 1954; Marta Békei, 1984), provocando -- esto una impredecibilidad, inestabilidad, manejo inseguro y vacilante del hijo por una carga excesiva de ansiedad y/u hostilidad, imposibilitando así que el niño logre una adecuada individuación y logros del desarrollo adecuados a su edad (Spiegel, 1959). (19)

Alanson Hinman y Lloyd Dickey (1956) hicieron una --
aproximación teórica a la causa de los espasmos del sollozo
desde el punto de vista psicoanalítico y describen que:

"Existe un desbalance en el mecanismo autoplás-
tico-aloplástico (introyección-proyección)...--
si el medio ambiente y/o las personas hacia --
quienes se redirige la energía biológica es tal
que esta energía no es adaptada fácilmente, el
niño la transforma en mecanismos psíquicos diri-
gidos hacia sí mismo. Por ende la energía puede
ser revertida al servicio de cambiar la organi-
zación interna hacia un nivel más primitivo."

De acuerdo con Erickson (citado por Hinman y Dickey, --
1956), el estadio más temprano de desarrollo psicosexual, la
etapa oral incorporativa, es cuando el niño deriva la mayor
parte de gratificación de sus impulsos en la recepción de es
tímulos traídos hacia su campo de sensaciones e incorporándo
los llevándolos hacia su boca, no es solo oral, sino "oral--
respiratoria-sensorial". Erickson sostiene que aún cuando -
el foco está en las sensaciones orales, todas las demás zo-
nas y la superficie de la piel completa como órgano senso-
rial, están involucrados en la recepción e incorporación de
estímulos. En consecuencia, el niño que es incapaz de adap-
tar sus impulsos a su medio ambiente, tiene la opción de ha-
cer rearrreglos en los cuales se disipa la energía desadapta-

da. Pueden involucrarse ya sean funciones alimenticias (oral), - funciones respiratorias o bien funciones cutáneas (sensoriales). La razón por la que se opta por un mecanismo u otro no queda claro, pero esta aproximación teórica sugiere algunas posibilidades en las interrelaciones entre el espasmo - del sollozo, asma, eczema, chupeteo de dedo y vómitos repetidos. Estas entidades aparentemente no relacionadas pueden todas estar constituyendo expresiones somáticas diferentes de la internalización de la energía psíquica que se ha encontrado en conflicto para adaptarse al medio ambiente.

Existe también el concepto altamente teórico de si el espasmo del sollozo puede o no ser "el resultado de la internalización de tendencias agresivas", como lo dice Ferenczi (citado por Hinman y Dickey, 1956), lo explica simbólicamente como un "escabullirse hacia atrás, hacia un estado de no- ser" dice:

"Puede teorizarse que como resultado del conflicto entre sus impulsos y su medio ambiente y como resultado de sentimientos hostiles y agresivos - hacia el medio ambiente ante el cual el niño en su indefensividad no puede dar una expresión adecuada, el niño torna en rabia y busca, por medio de la interferencia con el aparato respiratorio-regulativo (muy primitivo), y así evadir el conflicto completo resbalando hacia un estado de --

"no-ser" o inconciencia."

Finalmente, podemos concluir con el punto de vista teórico de que todo organismo tiende a buscar el mantenimiento de su equilibrio fisiológico y homeostásis. Un conflicto entre el individuo y su medio ambiente produce desbalance fisiológico experimentado también como incomodidad emocional. El desequilibrio fisiológico produce disfunciones físicas, que si se prolongan, pueden incluso, resultar en patología orgánica. El espasmo del sollozo, puede ser el resultado final orgánico en el niño pequeño, de una alteración de la homeostásis resultante del conflicto con el medio ambiente (Hinman y Dickey, 1956).

1.2 Diagnóstico Diferencial del Espasmo del Sollozo.

Debería haber poca o ninguna dificultad en el establecimiento del diagnóstico diferencial de espasmo del sollozo; sin embargo, se observa que cuando no se hace la exploración adecuada del historial de acontecimientos, este tiende a ser confundido con epilepsia.

El riesgo de confusión es grande, dado que la oportunidad de atestiguar un ataque es remota, y frecuentemente el médico debe apoyar sus conclusiones en el relato brindado -- por los padres, el cual tiene el riesgo de no ser confiable por ser subjetivo y sujeto a las características de la person

nalidad de éstos. Es decir, los niveles de ansiedad elevados pueden hacer aparecer de algún modo específico el cuadro patológico del niño, mostrándose a veces incompleto o bien aumentando o disminuyendo la gravedad, tiempo de duración y frecuencia de éste. Existen métodos específicos de diagnóstico que serán explicados en el siguiente párrafo:

Cuando se hace una recolección cuidadosa del historial y los datos clínicos, como se ha descrito, se deja un residuo importante de duda, la utilización de pruebas activadoras como el reflejo oculo-cardíaco, o de varios estímulos no civos que se asocian con la materia de investigación están indicados.

Entonces, para llevar a cabo el diagnóstico diferencial del espasmo del sollozo, los puntos cardinales a recordar -- son: historia típica de comienzo después de una caída o incidente sobresaltante; la repetición seguida de coraje, miedo, frustración, daño y otros. Un patrón usual de llanto prolongado que se interrumpe con la fase expiratoria seguida de palidez o cianosis en la cara, movimiento de los brazos, rigidez, inconciencia, relajación y recuperación. Bridge et al. (1943) explicaron:

"Es espasmo del sollozo típico, se reconoce fácilmente. La triada de síntomas que le acompañan, - no son vistos en ninguna otra ocasión: Circunstancias precipitantes que suscitan una respuesta emo

cional aguda, B) llanto violento con terminación abrupta en apnea respiratoria, y C) dependiendo del individuo y de la duración de la apnea, se da la ocurrencia de cianosis, inconciencia o convulsiones."

La diferenciación entre ataques epilépticos verdaderos y la inconciencia y convulsiones de un espasmo del sollozo prolongado, puede ofrecer dificultades. Debe entonces recordarse que los ataques epilépticos, especialmente en los niños pequeños, son frecuentemente iniciados por varios lloridos fuertes, después espasmo de músculos respiratorios como parte del espasmo tónico generalizado. La apnea y la cianosis que resultan pueden ser confundidas con espasmo del sollozo. Si los ataques se repiten, no obstante, alguna diferencia se hace evidente. Los ataques epilépticos comienzan sin una causa aparente; el espasmo del sollozo siempre es provocado por algún episodio que provoca coraje, dolor o miedo. En la epilepsia, el llanto, el espasmo respiratorio, inconciencia y convulsiones comienzan casi simultáneamente; mientras que en el espasmo del sollozo, se reconoce que existe un orden de secuencia. En el espasmo del sollozo, como en varias formas de síncope, el regreso a la inconciencia sin secuelas importantes sigue casi inmediatamente la reinstauración de la circulación. En contraste a ésto, el paciente epiléptico recupera la conciencia más lentamente, la confusión persiste por más tiempo y poste-

riormente cae en un sueño profundo del cual frecuentemente despierta con dolor de cabeza. El electroencefalograma, -- aunque no siempre, puede contribuir como informador valioso. En los casos de duda, la observancia cuidadosa de los detalles de un ataque y el conocimiento del curso de éste, son los únicos medios de distinción entre el espasmo del sollozo y crisis epilépticas (Bridge et al. (1943).

La importancia de hacer un diagnóstico adecuado hacia un tratamiento inteligente es enfatizado por Livingston en 1958 (citado por Lombroso y Lerman en 1967); quien en su estudio de seguimiento de casos de 384 niños con espasmo del sollozo, establece un mínimo de 100 que fueron tratados con drogas anticonvulsivas sin logros benéficos. En contraste, Chao et al. en 1958 (citado por Lombroso y Lerman en 1967), establecen que la medicación es útil en estos pacientes. Por otro lado, S. Livingston (1970), determina que el diagnóstico diferencial entre el espasmo del sollozo y la epilepsia es de extrema importancia, dado que, la diaria administración de drogas profilácticas anticonvulsivas, drogas tranquilizantes, o ambas, son por lo regular, poco gratificantes en el espasmo del sollozo. Livingston (1970), elaboró en su trabajo "Breath - Holding Spells in Children" la siguiente descripción gráfica del diagnóstico diferencial:

Puntos que ayudan a diferenciar al Espasmo del Sollozo severo y la epilepsia.

	Espasmo del Sollozo	Epilepsia
Factor precipitante	Siempre presente	No presente en niños.
Llanto	Casi siempre presente precediendo el ataque.	No presente Usualmente.
Cianosis	Siempre ocurre antes de la inconciencia	Quando ocurre, es después o al final del ataque.
Opistotonos	Presente usualmente	Ocurre raramente.
EEG	Normal	Anormal, pero puede ser normal.

Este mismo autor sostiene que un historial de circunstancias antecedentes que evocan reacciones emocionales violentas es una parte indispensable del cuadro del espasmo del sollozo. Con el episodio inicial, los factores precipitantes pueden perderse de vista, pero dadas las recurrencias éstos tienden normalmente a hacerse evidentes. Reacciones temperamentales o reacciones de coraje y dolor son por lo regular los factores comunes precipitantes de los ataques de espasmo del sollozo.

La omisión del llanto de los síntomas del cuadro, pueden causar al médico dificultades considerables con respecto al establecimiento del diagnóstico diferencial del desorden y la epilepsia. Los espasmos del sollozo, raras veces ocu-

rren después de un período prolongado de llanto pero típicamente se dan después de dos o tres gritos o lloridos breves, fuertes y violentos y las crisis epilépticas suelen presentarse sin la aparición de llanto.

Leo Kanner (1935) aseveró que el diagnóstico no ofrece dificultades, y que debe ser distinguido de un número de trastornos convulsivos y respiratorios:

- A) Estridor Laríngeo congénito.
- B) Stridulus Laryngismus.
- C) Tosferina.
- D) Epilepsia.

También Hinman y Dickey (1956) coincidieron en que el espasmo del sollozo tiende a ser confundido con otros padecimientos como señalan en su estudio:

"El espasmo del sollozo debe diferenciarse del espasmo laríngeo tetánico, del estridor laríngeo congénito, tosferina y especialmente de la epilepsia, ya que ésta es uno de los padecimientos que tiende a confundirse con mayor frecuencia, los padres refieren que su bebé está presentando "ataques" o "convulsiones"; a veces es difícil para el médico diferenciar al espasmo del sollozo de ataques de pequeño y gran mal, porque, a veces el espasmo del sollozo culmina en un ataque de esta naturaleza."

Aún y cuando los ataques epilépticos pueden ser intensificados y más frecuentes como resultado de situaciones -- emocionales tensas, no son siempre afectivamente determinados como lo son los espasmos del sollozo. No hay interrupción de la respiración en los ataques de pequeño mal, pero la cianosis resultante del espasmo tónico de todos los músculos de la respiración que ocurre en los ataques de gran mal, hace que pueda confundirse con espasmo del sollozo. No obstante, el típico "gemido" del epiléptico se debe a la expiración forzada a través de la laringe parcialmente cerrada, debería ser con más facilidad diferenciada del llanto que precede al espasmo del sollozo. En suma a ésto, las convulsiones que siguen al espasmo del sollozo son generalmente leves, mientras que un ataque de gran mal es por lo regular más dramático. En los casos en que exista duda, un estudio concienzudo está indicado, incluyendo la consulta - neurológica y el EEG.

Stephenson (1978), dice que no es sorprendente que el niño con ataques recurrentes no provocados por fiebre, pronto adquieran el diagnóstico de epilepsia. y dice: "podemos ver típicamente, al niño pequeño dando sus primeros pasos - vacilantes e inseguros pero independientes que resbala y -- cae. Su madre escucha el golpe, más no el llanto subsecuente y se apresura hacia él, encontrándolo recostado e in móvil con los ojos puestos hacia arriba, y los labios amora tados, a medida en que lo levanta, éste entra abruptamente

en rigidez y extensión, con los maxilares apretados y las manos empuñadas da unas cuantas sacudidas y después de lo que parece mucho tiempo (pero que en realidad es menos de medio minuto), se relaja débilmente con una mirada ausente y lejana, cuando abre sus ojos reconoce inmediatamente a su madre, llora un poco y termina durmiéndose con su cara especialmente pálida.

Estos episodios alarmantes han sido variablemente llamados espasmos del sollozo con vagotonía (Bridge y Col. -- 1943), crisis hipóxicas tipo II (Maulsby y Kellaway, - - - 1964),⁽²⁰⁾ espasmos del sollozo tipo pálido o síncope infantil pálido (Lombroso y Lerman, 1967).

Olivares (1982), al referirse al diagnóstico diferencial del espasmo del sollozo plantea:

"La crisis de espasmo del sollozo en los niños en los que un ataque de llanto culmina con apnea, -- cianosis y convulsión, no es un fenómeno epiléptico propiamente, y su tratamiento no deberá incluir anticonvulsivos... se trata de una condición benigna que eventualmente desaparece sin dejar secuelas."

También se hace el diagnóstico diferencial (en el trabajo citado), con los ataques de narcolepsia, cataplejia, -- parálisis del sueño, las alucinaciones hipnagónicas y las -- mioclonías masivas fisiológicas del sueño ligero, el sonam-

bulismo y los terrores nocturnos. (21) La diferenciación entre la epilepsia y la mayoría de los trastornos mencionados es casi puramente clínica.

Lombroso y Lerman (1967) elaboraron la siguiente tabla de diagnóstico diferencial:

Características	Gran Mal (epilépsia)	Convulsiones anóxicas o Espasmo del Sollozo.
Edad de aparición	rara en niños	Comienza en infancia
Historia Familiar	ninguna o de epilepsia	frecuente.
Factores precipitantes.	Ausentes	Presentes.
Ocurrencia durante el sueño.	Común	Nunca.
Postura	Variable	Erecta.
Secuencia	Llanto simple pérdida de la conciencia, fase tónico-clónica-cianosis y palidez posterior.	Llanto largo o suspiro simple, cianosis o palidez, pérdida de conciencia, debilidad, sacudidas clónicas.
Transpiración	Sudoración tibia.	Sudoración fría
Frecuencia cardíaca.	aumentada	disminuida, asistole o ligeramente aumentada.
Duración	Más de 1 min.	1 min. o menos.

Incontinencia y - mordedura de len- gua.	Común	No común
Estado postictal	Confusión y sueño comunes	No hay confusión, fatiga común.
EEg Interictal	Descargas Bili- terales.	Normal
Activación de - compresión ocular	Respuesta de-- bradicardia; 7% asistolia - de menos de 4 seg.	50% con asistolia ma- yor de 2 seg., usual- mente mayor de 4 seg. El ataque puede ser precipitado.

Stephenson (1978), elaboró la siguiente tabla de fre-
cuencia de diagnósticos referidos como espasmo del sollozo -
pálido (también denominados por él mismo como ataques anóxi-
cos reflejos):

DIAGNOSTICOS REFERIDOS EN ATAQUES
ANOXICOS REFLEJOS. (29 CASOS)

Epilepsia (Gran y pequeño mal)	
Crisis febriles y postraumáticas11
Convulsiones10
Pérdida de la conciencia (inex- plicada, con incontinencia, -- desmayo o ataque)3
Espasmo del sollozo3
Daño cerebral1
Caídas frecuentes por torpeza1

Swaiman y Wright (1982) plantearon una diferenciación clara entre los trastornos convulsivos y los espasmos del sollozo y lo ilustran de la siguiente manera:

Características	Trastornos convulsivos	Espasmo del sollozo cianótico	Espasmo del sollozo pálido
Secuencia de los eventos	Llorido sencillo, pérdida de conciencia, sacudidas tónico-clónicas y cianosis.	Llanto prolongado, apnea, cianosis, pérdida de conciencia y tono postural, opistotonia, sacudidas clónicas.	pronta pérdida de la conciencia y tono, palidez y frecuentemente -- ataque clónico.
Factores precipitantes	no específicos	miedo, coraje, frustración y dolor	dolor sorpresivo, miedo y -- frustración.
EEG interictal	Actividad epileptiforme, alterable	Normal usualmente -- (excepto -- con compresión ocular)	Normal usualmente excepto con compresión ocular.
Prueba de compresión ocular	sin respuesta	sin respuesta u ondas hipersincrónicas	Sin respuesta u ondas hipersincrónicas.

Frecuencia cardíaca.	sin respuesta o bradicardia	bradicardia y asístole- de más de 2 seg.	bradicardia y asístole de - más de 2 seg.
-------------------------	--------------------------------	---	---

1.3 Cuadro Clínico del Espasmo del Sollozo.

El espasmo del sollozo típico, es reconocido fácilmente y tiende a seguir un patrón consistente. El niño se enoja, se asusta o se lastima. Siguen dos o tres lloridos - - fuertes, después sostiene su respiración en la fase expiratoria y entra en una etapa de espasmo tónico generalizado - que da la impresión de estar siendo inducido voluntariamente. Después un período de silencio y apnea, el cual dura - de 5 a 10 seg., se hace evidente cierta cianosis, cuando -- aparece nuevamente el llanto, aunque débil y luego se torna más vigoroso, indica que la respiración ha sido reasumida; por un tiempo aproximado de medio minuto, el niño podrá aparecer confuso y exhausto, pero pronto actuará como lo hace normalmente.

Tal forma leve y corta de espasmo del sollozo, es común que ocurra en algunos niños. Es a menos que la apnea - dure más y que se acompañe de inconciencia, cuando la madre por lo regular siente la necesidad de llevar el asunto a la atención de médico.

Nelson et al. (1969), en base a sus observaciones manifiestan que el espasmo del sollozo, ocurre usualmente como

respuesta a la frustración y que asemeja un berrinche (temperamental): "suele verse en niños pequeños cuando son asustados. Primero se da el llanto, hiperventilación y la súbita interrupción de la respiración, seguida de cianosis, y rigidez en casos severos, puede haber pérdida momentánea de la conciencia; movimientos convulsivos; palidez o cianosis y generalmente al final completa relajación. Presumiblemente esta serie de síntomas resulta de la hipoxia como ocurre con los berrinches; cuando se presenta el espasmo, no hay manera de detenerlo; es decir, no puede llamarse la atención del paciente a otra cosa y evitar el ataque, éste se presenta inevitablemente una vez desencadenado el proceso".

Lombroso y Lerman (1967) escribieron que para el espasmo del sollozo, existe usualmente un desencadenante emocional nociceptivo reconocible, seguido de, ya sea un llanto violento o de un suspiro breve (dependiendo del tipo de espasmo de que se trate, lo cuál se explicará en breve). Después, se desarrollará palidez o cianosis, y sólo entonces la conciencia y la postura se pierden el niño queda normalmente débil, pero si la anoxia no es aliviada o es particularmente severa y abrupta, como en el caso de la asistolia, el niño entra en un estado de opistotonía (*) transitoria precedida o -

(*) Posición característica que adopta el niño en crisis -- de espasmo del sollozo, que consiste en rigidez de todo el cuerpo, arqueado con los brazos torcidos hacia afuera y los puños apretados.

seguida de varias sacudidas clónicas.

Los ataques son familiares para todos los pediatras, el niño puede ser asustado, lastimado o encolerizado; llora vigorosamente y presenta espasmo del sollozo. Cuando estos -- ataques ocurren frecuentemente, y especialmente si son seguidos de inconciencia prolongada, por lo regular tienden a provocar gran inquietud. Se combinan ansiedad e incertidumbre diagnóstica cuando la apnea y la pérdida de la conciencia so brevienen tempranamente durante el llanto y es seguido de -- convulsiones u opistotonía severa más que flacidez o rigidez ligera.

Bridge et al. (1943) anotan que la prolongación por encima de los 30 a 45 seg., puede verse asociada con rigidez - generalizada, sacudidas convulsivas ligeras, locales o genera lizadas, o con ataques típicamente epileptiformes. Depen - diendo de la duración del ataque y de la cianosis, el período de recuperación, debilidad y agotamiento es prolongado co rrespondientemente.

Un historial de circunstancias que desencadenan reaccio nes emocionales violentas es una parte indispensable de un - espasmo del sollozo verdadero. Con el episodio inicial, los factores precipitantes pueden pasarse por alto, pero por las recurrencias se hacen usualmente evidentes.

Las reacciones temperamentales o de coraje, son, por lo

regular los factores precipitantes más comunes. Se inicia por lo regular por alguna circunstancia de displacer o excitación inesperada, el niño llora, hiperventila y en algunos casos deja de respirar siguiendo después la secuencia de eventos ya descritos (Mitchell-Nelson, 1950).

En algunos casos, el ataque constituye el final de un berrinche, en el que el paciente se tira al piso y grita vio lentamente por unos segundos, o bien, el ataque puede ir precedido y seguido de llanto.

Bridge, Livingston y Tietze (1943) dijeron que sus observaciones indican que los niños susceptibles son usualmente de un tipo enérgico y activo que reaccionan vigorosamente a situaciones en general, pueden a veces incluso ser reconocidos durante los primeros 6 meses de vida extrauterina. Stier (1918) citado por Bridge et al. (1943), sostiene que los niños con espasmo del sollozo, también muestran evidencias de irritabilidad constitucional.

Estos espasmos son comparativamente comunes en la infancia, a veces se ven complicados por convulsiones, Bridge (1949) citado por Mitchell-Nelson (1950) encontró que más de la mitad de sus pacientes (90) presentaron también desórdenes convulsivos y recomienda que sean atendidos también por el servicio de psiquiatría infantil.

Los espasmos severos aparecen con más frecuencia duran-

te los primeros dos años de vida, y en la experiencia de Livingston (1970), rara vez se presentaron antes de los 6 meses. La edad de aparición según el anteriormente citado, varía de los 3 meses a los 4 años de edad. Lombroso y Lerman (1967) reportaron casos en los cuales el espasmo del sollozo apareció en el periodo neonatal (en 15 de sus 193 pacientes).

La frecuencia de los espasmos varía considerablemente - algunos de los pacientes sufren un ataque cada determinada cantidad de meses, mientras que otros presentan de 5 a 10 es pasmos diarios.

Generalmente, ocurren con menor frecuencia al principio del desórden, pero en la mayoría de los pacientes la cantidad de ataques aumenta o se incrementa conforme aumenta la edad del niño.

Livingston et al. (1970) observó que en su grupo de pacientes, la frecuencia de los ataques alcanzó el pico entre las edades de 2 y 3 años y que éstos tendieron a desaparecer espontáneamente en la mayoría de los pacientes después del 4o. año y raramente llegaban a persistir hasta el 6o. en cuanto a la frecuencia máxima de espasmos del sollozo seve-ros en 242 pacientes, Livingston et al. (1970) formularon la siguiente tabla:

FRECUENCIA DE LOS ATAQUES.

	No. de Casos.
- 2 ó más espasmos por día	36
- 1 por día.....	51
- 1 por semana.....	77
- 1 por mes.....	45
- Menos de 1 por mes.....	33
TOTAL.....	242

El mismo autor asevera que en su experiencia, el espasmo del sollozo severo es reconocido con cierta facilidad, da do que las siguientes características son vistas y no en -- otras condiciones:

- 1) Existe un factor precipitante como lo puede ser un pequeño daño o algún otro incidente provocativo menor que desencadena la reacción emocional aguda.
- 2) Llanto de corta duración.
- 3) Interrupción de la respiración en la fase expiatoria de ésta.
- 4) Cianosis.
- 5) Rigidez generalizada (opistotónica) con -- pérdida de la conciencia.
- 6) Movimientos convulsivos clónicos francos.

La severidad de la cianosis, inconciencia y movimientos convulsivos depende de las características individuales del niño y de la duración de la apnea.

Si persiste la cianosis por más de varios segundos, se pierde la conciencia, esto depende, probablemente, de la anoxia cerebral aguda, así como en cambios reflejos y circulatorios. Las observaciones directas, son claro está, difícilmente llevadas a cabo en los niños pequeños que presentan ataques breves e impredecibles. Se ha reportado que durante el espasmo del sollozo, una disminución e incluso detención del ritmo cardiaco. En algunos pacientes, este tipo de ataques, alcanzan el clímax en una convulsión. Usualmente, se trata de un ataque tónico clónico similar en todos sentidos a lo visto en la epilepsia (Bridge, Livingston y Tietze; 1943).

Bridge y Col. (1943) sugieren que en su estudio, la incidencia de los desórdenes convulsivos es más alta entre los niños con espasmo del sollozo de lo esperado en una población de niños normales y plantean dos interpretaciones posibles:

Primero, que las manifestaciones más severas de espasmo del sollozo se desarrollan en niños con predisposición a la epilepsia; y segundo, que el espasmo del sollozo, en sí mismo pueda predisponer a la epilepsia, o bien que ambos mecanismos sean operativos.

Por definición, los espasmos del sollozo son inducidos por el llanto, y la aparición de síntomas en los órganos de la respiración, sugiere, que este sistema fisiológico particular ha sido, de algún modo, sensibilizado y reacciona más violentamente que otros sistemas, esta hipersensibilidad -- probablemente sea indicadora de un desequilibrio fisiológico hereditario y la repetición de la reacción, pronto lo establece como un semirreflejo o patrón de conducta ante la estimación (Bridge, Livingston y Tietze, 1943).

Lombroso y Lerman (1967) reportaron una incidencia elevada de espasmos en los cuales la cianosis estuvo ausente, o bien, no representó un factor predominante entre la sintomatología y, dividieron a los pacientes que presentan el cuadro en 3 grupos:

- 1) Grupo Cianótico.
- 2) Grupo Pálido.
- 3) Grupo Indeterminado.

Sin embargo, Bridge y Col. (1943) no acordan con dicha clasificación ya que como enfatizaron, "no hemos visto casos con espasmo del sollozo grave cuyo desorden no se asocie con cianosis" y apoyaron citando a Ibrahim (1943) y Peiper (1943), quienes establecieron que sus pacientes con espasmos del sollozo graves "tornaban azulosos durante la fase de arresto respiratorio y pálidos una vez que comenzaba de nuevo la respiración".

Samuel Livingston (1970) hizo también una clasificación del espasmo del sollozo, fundamentando sus datos presentados en su experiencia y en una concienzuda revisión de la literatura:

1) Ataques o Espasmos del sollozo simples:

- son observados muy frecuentemente en niños durante sus primeros años de vida.
- Un acceso típico es ocasionado o precipitado por algún incidente o perturbación emocional.
- Consiste en la súbita cesación de la -- respiración, usualmente después de un período corto de llanto.
- La detención de la respiración es breve y puede no estar asociado con cianosis.

2) Ataques o espasmos severos:

- Estos ataques siguen un patrón más o menos constante.
- Se da después de un estímulo emocional que cause: enojo, dolor o frustración.
- Ocurre después de un período corto de llanto el niño entra en espasmo (sosteniendo la respiración) y casi siempre

presenta cianosis.

- Rigidez, pérdida de la conciencia y -
adopción de postura opistotónica.
- Movimientos clónicos francos y genera-
lizados que persisten por varios perío-
dos de tiempo.

Stephenson (1978) llevó a cabo un estudio en una pobla-
ción de 58 niños que fueron diagnosticados de ataques anóxi-
cos reflejos, también denominados espasmos del sollozo páli-
dos; antes de haber sido referidos, estos ataques eran comun-
mente mal diagnosticados como epilépticos, ya sea porque la
provocación era ignorada, no reconocida o estaba asociado a
algún padecimiento febril, o bien, porque no había llanto, -
sin una interrupción de la respiración obvia, una cianosis -
mínima, y frecuentemente sin una palidez sugestiva de sínco-
pe o isquemia cerebral.

En su investigación demostró que el espasmo del sollozo
pálido es el resultado de un arresto cardiaco vagal reflejo,
se utilizó la técnica de la compresión ocular bajo control -
ECG para apoyar el diagnóstico clínico; estableciendo que si
se daba un período de asístole mayor que el esperado (en ba-
se a la compresión de los globos oculares), podía hacerse el
diagnóstico de espasmo del sollozo y otros trastornos convul-
sivos.

Estos episodios alarmantes han sido variablemente llamados espasmos del sollozo con vagotonía (Bridge et al. 1943), crisis hipóxicas transitorias tipo II (Maulsby y Kellaway, - 1964), (22) espasmos del sollozo de tipo pálido o síncope infantil pálido (Lombroso y Lerman, 1967).

Stephenson (1978) hace también una clasificación del espasmo del sollozo:

- 1) Ataques anóxicos reflejos del tipo pálido o "blanco"
- 2) Síncope espontáneo y reflejo.- Que se presenta ante estímulos medio ambientales como el calor, posición erecta por mucho tiempo, la vista de sangre a así -- sucesivamente.
- 3) Los espasmos del sollozo azules (cianóticos).- Descritos detalladamente por Lombroso y Lerman (1967).
- 4) Espasmos mixtos e inciertos.- Que incluyen los espasmos blanco o azul, epilepsia y ataques indiferenciados, o inexplicables pérdida de la conciencia.

Entonces, podemos generalizar la descripción que hacen los padres acerca del espasmo del sollozo pálido según la experiencia de Stephenson (1978).

"Comienza ante un golpe o caída, o bien por miedo, con un gemido, después cae con su cabeza girada y con el cuello flojo como en desmayo, sus ojos tor-

nados hacia arriba y atrás; su boca apretada y rechina los dientes; su cuerpo rígido y arrugado con los brazos torcidos hacia afuera con -- los puños apretados; luego, presenta sacudidas raras, lentas y leves. Su apariencia es grisá sea bajo los ojos, los labios amoratados y su piel blanquecina o grisácea, como si no tuviera vida, como cádaver... cuando se recupera -- quiere dormir o ser abrazado, se duerme al final".

Varios investigadores (Lombroso y Lerman, (1967) (Livingston, 1970) (Pelc, 1970) han reportado una incidencia familiar alta en el espasmo del sollozo:

"En nuestra población de 225 pacientes con espasmo del sollozo, la incidencia de antecedentes -- del mismo en la familia como factor hereditario fue de porcentaje dos veces mayor que entre los controles (23% vs. 11%). Algunos autores (Low et al. 1955; Gauk et al. 1963; y Mauksby y Kella way, 1964)⁽²³⁾ se vieron impresionados por la -- elevada incidencia familiar del espasmo del sollozo. En nuestros sujetos existieron varias familias con 5 ó 6 hermanos afectados, y varios -- miembros de una familia presentaron esta condición durante dos o tres generaciones. En un par

de gemelos idénticos, indujimos un ataque anóxi-
co por medio de estimulación nociceptiva; sin -
embargo, sólo en uno se manifestó clínicamente
el espasmo del sollozo".

(Lombroso y Lerman, 1967).

Pelc (1970) estudió entre otros aspectos, los antecedentes familiares de los pacientes con espasmos del sollozo. Y encontró que en el 60% de los casos había una incidencia alta de espasmo del sollozo en la familia (hermanos, padres y otros familiares), así como antecedentes del síncope, estallidos de coraje y ataques epilépticos. Y sugiere que los espasmos del sollozo, síncope y ataques epilépticos están presentes en estos pacientes y miembros de su familia, posiblemente como resultado de algún mecanismo fisiopatológico común, cuya naturaleza bien pudiera ser epiléptica.

Sin embargo, aclara Pelc (1970);

"Antes de hacer tal interpretación y aceptarla, debería demostrarse claramente el mecanismo primario cerebral de los espasmos del sollozo, síncope y estallidos de coraje, lo cual no se abarca en la extensión del presente trabajo".

El mismo encontró acerca de la incidencia familiar:

1) En una muestra de 51 individuos (hermanos pa

cientes).

- 18% presentaron antes o actualmente E.S.
- 6% presentaron crisis convulsivas.
- 5% accesos de cólera.
- sólo una hermana de 5 años presentaba -- síncope.

2) En una muestra de 13 padres.

- 15% con antecedentes de E.S.
- 6% síncope.
- 14% crisis de cólera.
- 7% crisis convulsivas.

3) De una muestra de 30 madres.

- 4% presentó espasmos del sollozo en la infancia.
- 60% presentaron síncope eventuales - - - atribuidos a fatiga o bien a desencadenantes emocionales.
- 19% reportaron accesos de cólera.
- 15% crisis epilépticas en la infancia o en la edad adulta.

Lombroso y Lerman (1967) en su estudio, dicen que - los criterios diagnósticos y la práctica de la crianza de los niños, tienen relación en la incidencia de los espasmos del sollozo; y basándose en su propia experiencia así como en su -

revisión bibliográfica, estiman la frecuencia del espasmo del sollozo como variable. Citando a Bridge (1943) que plantea un puntaje tan alto como el 46.7% de los pacientes que acudían a la clínica infantil comparados al 4.6% en sus propios hallazgos.

Por otra parte, también se ha encontrado una relación importante entre el espasmo del sollozo y anemia, que ha sido reportada por Holowach y Thurston (1970)⁽²⁴⁾ pero no se ha confirmado plenamente según otros autores tales como Laxdal, Gómez, Peiher, 1969.⁽²⁵⁾

1.4 Pronóstico del Espasmo del Sollozo.

Sabemos que los desórdenes de la personalidad en los niños, en gran medida son la expresión de las actitudes parentales y su modo de entrenar al hijo, los espasmos del sollozo por sí mismos son una forma de ésta expresión. Debido a la naturaleza alarmante de los síntomas, los padres inmediatamente se tornan más ansiosos y protectores; se muestran dispuestos a satisfacer todos los deseos del niño, para así prevenir un posible ataque. Una vez asegurada la obtención de atención, el niño sigue reaccionando del mismo modo, o incluso más violentamente en las ocasiones subsecuentes. Una vez iniciado el cuadro, se establece un ciclo, en el que los ataques provocan ansiedad de los padres, y ésta mis

ma refuerza los problemas conductuales que precipitan los ataques. Aún cuando el miedo y el dolor son factores precipitantes en los episodios iniciales, al pasar el tiempo esto se transfiere a las reacciones temperamentales y gradualmente éstas se convierten en el factor desencadenante inicial.

Si los padres no son alentados a mostrar una actitud positiva a disminuir la conducta del niño previniendo que éste gane gratificaciones por medio del uso de los espasmos -- del sollozo como medio de dominar a la familia, se espera -- que el trastorno conductual continúe presentándose a lo largo de los primeros 5 ó 6 años (Livingston, 1970) mostrando una historia natural del padecimiento en que desde su aparición tiende a ir aumentando en frecuencia e intensidad alcanzando un pico alrededor de los 2 ó 3 años (Livingston, 1970) y luego con una disminución paulatina hasta su desaparición.

La razón por la que los espasmos del sollozo tienden a desaparecer una vez llegada dicha edad, puede estar asociada a los cambios en los hábitos del niño que contribuyen afectado a los factores precipitantes (como lo son la intolerancia desmedida a la frustración y llanto violento). La edad de desaparición corresponde a la edad en que a llanto se convierte en un medio menos común de expresión del coraje, dolor, miedo etc. (Bridge et al. 1943).

Livingston (1970) dice que los espasmos del sollozo en sí mismos son muy raramente dañinos, y que el pronóstico es

generalmente bueno y que en algunos casos, la persistencia - del espasmo del sollozo depende de las -ansiedades excesivas y aprehensiones por parte de los padres.

Strunk (1976), citado por Abe et al. (1984) en su estudio de seguimiento de niños que padecieron espasmo del sollozo en la infancia, mostró que los varones tendían a presentar labilidad emocional y explosividad y las niñas tendían a mostrar niveles elevados de ansiedad.

Abe, Oda y Amatori (1984) llevaron a cabo un estudio de seguimiento de casos de niños con espasmo del sollozo (entre otros trastornos) con el objeto de definir la historia natural y naturaleza predictiva del padecimiento, por medio de cuestionarios enviados a las madres de los pacientes cuando éstos contaban con 8 años de edad. Los cuestionarios contenían aspectos conductuales específicos como lo son: comportamiento social, mutismo selectivo, dificultades con la lectura y otros. Los resultados que observaron fueron que: ninguno de los niños seguía presentando ataques de espasmo del sollozo al momento del seguimiento; en general mostraron mayor temor ante extraños durante la infancia. Con respecto se desarrolló, el grupo experimental y control no mostraron diferencias en lo que se refiere a las edades en que comenzaron a caminar sin apoyo, desarrollo del lenguaje ni prevalencia de dificultades con la lectura a la fecha de la investigación.

Estos autores, concluyen su trabajo diciendo que en ba-

se a los hallazgos del cuestionario aparece que el espasmo del sollozo no deja secuelas conductuales serias.

Respecto a ésto, Leo Kanner (1935) ya había estudiado los problemas de personalidad de niños que padecieron espasmo del sollozo previamente. Y, le impresionó el que los -- desórdenes conductuales persistieran después de que el espasmo del sollozo en sí mismo desapareciera y señaló que el encuadre de hogar, en tales circunstancias contribuía a las dificultades. Y él mismo planteó el cuestionamiento acerca del porqué los espasmos del sollozo tienden a desaparecer -- después de algunos años; adjudicando la razón a que al paso del tiempo, el niño está sujeto a cambios de hábitos, que -- afectan a los factores precipitantes (desórdenes de conducta y llanto violento).

Dice Kanner que la edad usual de remisión es de los 3 a 6 años, que corresponde bruscamente a la edad en que el -- llanto violento se hace menos común como expresión de coraje, dolor, miedo, etc.

Bridge, Livingston y Tietze (1943) manifestaron que los episodios severos y repetidos de cianosis en el espasmo del sollozo; aún en los de duración menor, podrían teóricamente tener efectos dañinos como de la anoxia cerebral, intoxicación por CO₂ etc. y enfatizan:

"Este daño resultante, ofrece las bases posibles para una mayor susceptibilidad hacia los

ataques epilépticos. Los espasmos del sollozo repetidos con cianosis y convulsiones pueden, predisponer a una epilepsia, ambos, por el efecto dañino de los episodios repetidos de cianosis y por un menos entendido efecto de las convulsiones en sí mismas".

También Hinman y Dickey (1956) plantean como de importancia notar que diversos investigadores (Neumann y otros, 1905) (26) plantean que el espasmo del sollozo puede resultar en epilepsia: "A pesar de que el número de casos reportados que han progresado a epilepsia es pequeño hay suficiente evidencia de esta posibilidad para garantizar una importancia considerable de investigación en esta área".

Por otra parte, Lombroso y Lerman (1967), admiten que existe todavía dudas respecto a la fisiopatología del espasmo del sollozo; ya sea que, sea de naturaleza epiléptica o bien que tienda a dirigirse hacia la epilepsia y de qué pueda esperarse de su evolución durante el crecimiento y maduración. Estos mismos autores determinan que la evolución natural del espasmo del sollozo hacia síncope no se ha, tan lejos como se ha determinado, enfatizado. Dentro de su grupo de pacientes estudiados retrospectivamente (83 casos), el 11 ó 17% desarrollaron síncope en base más o menos refleja, y dicen que muchos adultos que sufren síncope "reflejos", tienen en su historia, espasmos del sollozo en la infancia.

Nos inclinamos a creer, escriben Bridge et al. (1943), - que el cese del espasmo del sollozo, resulta ya sea de la modificación del medio ambiente que alivia los problemas conductuales y disminuye el llanto del niño, o bien, del crecimiento del niño hacia cierta edad en que el llanto se torna un modo de expresión menos común.

Actualmente, en México, en el INSM, DIF se está llevando a cabo una investigación acerca del pronóstico y otros -- trastornos conductuales posiblemente asociados (Victor M. -- García, trabajo aún no publicado).

1.5 Tratamiento del Espasmo del Sollozo.

Se han dado diversas concepciones acerca de la etiología, naturaleza y tratamiento del espasmo del sollozo a lo largo de muchos años.

En lo que se refiere a éste último, podemos citar a -- Meigs (1948)⁽²⁷⁾ quien sugirió que un cambio en el medio ambiente es suficiente en los casos prolijos, pero que poco es necesario hacer en los casos menos severos. El método de -- Bull (1853)⁽²⁸⁾ fue de colocar las manos del paciente en -- agua fría. Abt (1925),⁽²⁹⁾ decía que debía cuidarse al niño en contra de estimulación mental "de todos tipos" y debería ser "ignorado lo más posible por los padres y amigos". Pensó que "salpicar agua fría en la cara del paciente, era un buen remedio para el ataque" y que finalmente, el paciente -

debería ser enseñado no de manera incierta que cualquier repetición del episodio se encontrará con un recibimiento áspero. También dijo que la extracción del hogar, bromuros o fenobarbital eran útiles en algunos casos adicionados a psicoterapia.

Sabemos que para el espasmo del sollozo como para cualquier enfermedad, es de vital importancia establecer un diagnóstico diferencial adecuado en vías de hacer un tratamiento inteligente. La necesidad de hacer un diagnóstico acertado es enfatizado por Livingston (1958), (30) quién en su estudio de seguimiento de casos de 384 niños con espasmo del sollozo, establece un mínimo de 100 casos que fueron tratados con medicamentos anticonvulsivos sin logros benéficos.

Fildsevski (1961), (31) notó que muchos de los pacientes, que presentan espasmos del sollozo, estudiados por él mismo, habían tenido diagnóstico de epilepsia previo, y que habían sido tratados como tales, sin haber logrado beneficios.

Por el contrario, Chao et al. (1958) (32) estableció que la medicación es útil en estos pacientes y que el dilatin ha probado ser más efectivo.

Lombroso y Lerman (1967) en la revisión de sus casos y experiencia, no se mostraron convencidos de que exista un tal tratamiento que sea efectivo.

"En algunos casos, los padres han reportado que los ataques se apaciguaron o disminuyeron poco después de que se inició el tratamiento anti-convulsivo. Otro grupo de padres reportaron resultados similarmente buenos después de haber visitado la clínica aún y cuando no se habían prescrito medicamentos, atribuyendo esta mejoría a una atmósfera en el hogar más tranquila, una vez que se les había asegurado médicamente la benignidad del trastorno de su hijo".

A la luz de las observaciones de las interrelaciones entre las actitudes parentales, conducta infantil y fisiopatología, no es difícil el planear el tratamiento para los niños que padecen espasmos del sollozo (Bridge et al. 1943). Tan pronto como se da su aparición, el espasmo del sollozo puede ser reconocido por los padres, los cuales deben colocar al niño en posición horizontal para prevenirle algún accidente debido a la caída y para favorecer la circulación cerebral. Mientras se hace evidente la fase de recuperación debe ser puesto a salvo evitando las reacciones de miedo y ansiedad.

El énfasis terapéutico debería basarse alrededor de la naturaleza reactiva del espasmo del sollozo. El conocimiento de los factores emocionales y lo somáticamente inofensivos que son los espasmos, alivian la ansiedad parental. Es en-

tonces posible ayudar a los padres a revisar sus actitudes hacia el niño y su manejo, a sacar a la luz sus propias necesidades emocionales de sobreproteger, y de revisar sus relaciones con el niño en base a las introspecciones antes ganadas. Bajo estas circunstancias, los episodios sencillos y aislados pueden ser subestimados. El niño encuentra menos oportunidades de venganza encolerizada a través del espasmo del sollozo y aprende a la vez a sentir la futilidad de los espasmos como armas de conducta y como medio de obtención de atención y dominancia auto-assertiva (Leo Kanner, 1935). Este mismo plantea que la modificación de las actitudes de los padres representa gran valor para el proceso terapéutico.

Bridge et al. (1943), hacen énfasis en la conveniencia de tomar una actitud de firmeza confiada y tranquila por parte de los padres: las actitudes indulgentes, severas, inconsistentes y de pobreza en el entrenamiento de hábitos, deben ser evitadas. En algunos casos, sin embargo, la continuación de los espasmos del sollozo depende de las ansiedades y aprehensiones por parte de los padres. En tales circunstancias, el tratamiento efectivo depende de la comprensión de las personalidades en el hogar, lo que abre camino hacia relaciones más cercanas y hacia un mejor funcionamiento familiar.

El problema del tratamiento del niño cuyos espasmos del sollozo han sido inducidos por dolor, sin coraje aparente, -

es más difícil, ya que en estos casos, el trastorno es más bien de fisiología patológica más que de comportamiento.

Dicen Hinman y Dickey (1956) respecto al tratamiento de los niños con espasmo del sollozo:

"Los padres deben ser ayudados a entender la diferencia entre disciplina y castigo; y deberían ser apoyados en el establecimiento de un régimen tolerante y consistente de disciplina...el espasmo del sollozo severo, es un síntoma de -- una profunda inseguridad por parte del niño. - Sintiéndose deprivado o inadecuado, reacciona hacia la frustración con rabia, la cual es tan abrumadora que le hace perder el control de sí mismo. Sin capacidad de experimentar una relación satisfactoria con sus padres puede ser el resultado de las propias alteraciones emocionales de ellos o de sus propios sentimientos ambivalentes o negativos hacia él. Cuando es esta la situación, es necesario trabajar con el ajustamiento emocional de los padres".

En 1966 Bakwin y Bakwin hicieron también comentarios acerca de la naturaleza psicológica y de su manifestación como síntoma de alteración padres-infante del espasmo del sollozo:

Los padres deben ser alentados a mostrar una actitud de

despreocupación para la prevención de que el niño esté obteniendo ganancias o satisfacciones como resultantes de su conducta y que éste utilice los ataques como medio de dominar a la familia. Debe asegurarse a los padres que los ataques son inofensivos para su hijo y que tienden a desaparecer. Los medicamentos no sirven en este caso. Aún cuando se presenten convulsiones al final, no deben administrarse medicamentos...debe establecerse el manejo psicológico pertinente.

Nelson, Vaughan y Mc Kay (1969), palntearon que la complacencia, suavidad e indulgencia aparentan ser el mejor de los tratamientos y que el castigo no es adecuado, dado que en algunos casos, puede precipitarse otro ataque. También que es necesario tomar medidas para evitar las condiciones desencadenantes, así como el intentar con la implementación de estrategias para el logro del cambio ambiental.

Por otro lado, y adoptando la posición contraria, Lombroso y Lerman (1967) dicen que para el tratamiento del espasmo del sollozo por ser un desorden autolimitado como en cualquiera otro, cualquier droga administrada por un período suficientemente largo, puede aparecer como efectivo. Sin embargo, los mismos autores, más tarde admiten que en su propia experiencia y en la revisión literaria, no les ha dado bases convincentes como para demostrar que tal tratamiento sea efectivo.

Por último, podemos citar el trabajo de F. Swaiman y S.

Wright (1982), quienes adoptan una posición intermedia, la cual consideramos quizás la más adecuada:

"El tratamiento depende del diagnóstico acertado es importante excluir a la epilepsia como causa del ataque, a partir de que el tratamiento con anticonvulsivos ha demostrado ser generalmente inefectivo en el tratamiento del espasmo del sollozo. Por lo regular no es necesario tratamiento alguno. Sin embargo, es importante explicar a los padres la naturaleza de los episodios y tranquilizarlos en base al pronóstico. Si un niño está presentando demasiados espasmos del sollozo por día, puede indicarse tratamiento con sulfato de atropina oral. Debe descartarse también la presencia de anemia. La interacción padres-niño debería ser investigada. Si existe alteración, debe indicarse consejo parental. La falta de comprensión de los padres y el manejo inadecuado de los espasmos del sollozo, pueden desencadenar episodios posteriores como un mecanismo de "llamada de atención". Se han visto asociados a este fenómeno, aspectos emocionales".

CAPITULO 2

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD DE LAS MADRES

Para poder iniciar a hablar acerca de las características de la personalidad de las madres de los niños con espasmo del sollozo, hay que definir primero, lo que es la personalidad: Según Howard C. Warren (1979):

"La personalidad es la organización integrada por todas las características cognocitivas, - afectivas, volitivas o físicas de un individuo, tal como se manifiesta a diferencia de - otros. O bien, es la caracterización o patrón general de conducta total de un individuo".

El término "personalidad" tal como lo emplean los legos en psicología, se refiere a la impresión global que una persona se forma sobre otra. (33) Para nuestra finalidad, dice Whittaker (1970), definiremos a la personalidad como:

"La organización única de características que - determinan la norma típica o recurrente de la - conducta de un individuo".

Existen varias teorías de la personalidad que serán ex plicadas de manera muy breve:

Teoría de los tipos.- Los intentos para clasificar la -

personalidad según los tipos específicos, se remontan muy -- atrás en la historia del hombre. Desde hipócrates hubo el -- desarrollo de teorías de los tipos constitucionales de la -- personalidad. Las teorías más conocidas son propuestas por Kretchmer y Sheldon⁽³⁴⁾, quienes plantearon que había una relación entre el temperamento y el tipo corporal, planteando cada uno de ellos 3 tipos físicos básicos. Kretchmer, describió a un primer tipo de personas como aquéllos que eran de corta estatura y corpulenta, dándole el nombre de "tipo pícnico". El segundo tipo de personas fue el denominado "tipo asténico", que fueron delgados y de estatura elevada. El tercer tipo fue descrito como de un fuerte desarrollo de la musculatura y esqueleto y de tórax exhuberante, y le denominó "tipo atlético". Un cuarto tipo o grupo caracterizado -- por una mezcla de diversos tipos corporales, denominado "displástico". Sheldon comenzó el desarrollo de su teoría de -- los tipos constitucionales ideando un esquema de clasificación para la estructura física. Concluyó que había 3 variaciones primarias de construcción corporal. A la primera la llamó "endomórfica", caracterizada por la suavidad y apariencia redondeada. La segunda, a la que llamó "mesomórfica" -- que caracterizó por la predominancia de los huesos y músculos. El tercer grupo llamado "ectomórfico", se caracteriza por ser de huesos largos y delicados, músculos más desarrollados y una construcción esbelta.

Teorías de los tipos psicológicos.- Algunos psicólogos

como Carl G. Jung⁽³⁵⁾ desarrollaron estas teorías (Whittaker, 1970), Jung caracterizó a las personas como extrovertidos e introvertidos.

El extrovertido es caracterizado como persona cuya atención e interés se enfocan en su medio ambiente. El introvertido, por otra parte, evita a las personas. Los psicólogos actuales no aceptan la opinión de Jung de que la introversión y la extroversión constituyan una dicotomía, ya que no todas las personas pueden ser clasificadas como en algún u otro tipo.

Teorías de los rasgos.- En contraste con las teorías de los tipos, que tratan de describir la personalidad según un número muy limitado de características, las teorías de los rasgos utilizan gran número de dimensiones que se supone son, en su mayor parte, comunes a todos los hombres. De esta manera, un individuo puede ser caracterizado como sociable, afirmativo, emocionalmente maduro, atrevido y extrovertido; otro es descrito como tímido, modesto, dependiente, plácido y deshonesto. El modelo del punto de vista de los rasgos con respecto a la personalidad es el psicograma. Que es la esquematización de los diversos rasgos de una persona. Dos teorías que son representativas de este tipo de consideración son las de Raymond B. Cattell y la de Gordon W. Allport⁽³⁶⁾.

Teoría psicoanalítica Freudiana.- Sigmund Freud (1856- - 1939) médico neurólogo vienés quien estudió con Charcot psi-

quiatra francés y a partir de 1885 se limitó exclusivamente a la psiquiatría⁽³⁷⁾ plantea como su primera tónica el que la mente se divide en 2 partes: consciente e inconsciente.

A través de la experiencia y del estudio de los procesos del inconsciente y su papel en la enfermedad mental, -- formula una teoría de la personalidad. En la que las experiencias tempranas en la infancia y las fases del desarrollo psicosexual desempeñan un papel preponderante.

La segunda tónica planteada por Freud⁽³⁸⁾ fundamenta -- el que la personalidad consiste de 3 partes: El ello, yo y superyó. El ello, consiste en las tendencias instintivas -- con que nace el individuo, las cuales proporcionan la energía psíquica necesaria para el funcionamiento del yo y el -- superyó. El principio que determina el trabajo del ello lo denominó "principio de placer". En otros términos, esta -- parte de la personalidad se refiere solo a la satisfacción de las necesidades biológicas básicas y la evitación del dolor. El ello es enteramente inconsciente y no conoce la -- realidad.

A medida que el niño se desarrolla, otra parte de la -- personalidad que es el yo, se deriva del ello. La principal función del yo es de funcionar como mediador entre el -- ello y la realidad. El yo opera por medio del principio de la realidad. La última parte de la personalidad que se desarrolla es el superyo, que representa a la moral y tiende

más hacia la perfección que hacia el placer. Una vez desarrollado el superyó, la función del yo se amplía, ahora va a mediar entre el ello, el superyó y la realidad.

Para el logro de la personalidad adulta o madura, éste debe pasar por una serie de etapas del desarrollo, las cuales son la oral, anal, fálica, latencia y genital; dependiendo de la calidad de las experiencias vividas en cada una de las etapas se van a dar ciertas características o rasgos que son diferentes en cada individuo.

Teorías Neofreudianas. - Diversos psicoanalistas como Karen Horney, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan⁽³⁹⁾ son conocidos por el nombre de neofreudianos, porque sus teorías de la personalidad consisten esencialmente en revisiones de la teoría de Freud. Si bien difieren unos de otros en muchos detalles específicos, son semejantes porque todos subrayan el papel de la cultura en el desarrollo de la personalidad, más que los impulsos biológicos o instintivos.

Teoría de Dollard y Miller⁽⁴⁰⁾. - Es un punto de vista enteramente diferente para el estudio de la personalidad. Se basa en la suposición de que la personalidad es aprendida y hay 4 conceptos básicos en esta teoría: los impulsos, las respuestas, los indicios y el refuerzo.

En la obra de Bleger (1979), se hace una exposición bastante clara acerca de algunos componentes y características de el concepto de personalidad:

"La personalidad es el centro de estudio de la psicología, es la unidad a la que quedan referidas todas sus manifestaciones: conducta, motivación etc. aunque la conducta en todas sus variantes, es el fenómeno que nos permite el estudio de la personalidad, esta última es algo más que sus manifestaciones, ya que la personalidad no es un todo que resulta del agregado de cientos de conductas, sino que, inversamente, la estructura de la personalidad es la que se manifiesta en cada una de esos cientos de conductas".

Haciendo una breve exposición de el trabajo de Bleger (1979) se puede decir que la personalidad es dinámica, es - decir, cambiante, está sometida a fluctuaciones entre evolución y regresión y entre integración y dispersión. Esta da da por el conjunto organizado de la totalidad de conductas. No hay personalidad sin conducta ni hay conductas humanas - sin personalidad. Lo que es lo mismo, no hay manifestación del ser humano que no pertenezca a su personalidad. Esta - se caracteriza por sus pautas de conducta más habituales y predominantes.

Existe una estrecha relación entre la estructura de la personalidad y la estructura sociocultural, y las primeras experiencias infantiles ejercen un papel predominante en la

estructuración de los rasgos más estables y básicos de la -- personalidad M. Mead, Kardiner, G. Mead, K. Horney, R. Benedict, Faris etc. (41)

Las funciones del yo que enumera Hartman⁽⁴²⁾ son: el -- sentido de realidad, control de la motricidad, de la percepción, la acción y el pensamiento, la inhibición y postergación de la respuesta, la anticipación al peligro, la función sintética y de organización. Para Klein⁽⁴³⁾ la función principal de yo es el dominio de la ansiedad, que se pone en marcha desde el comienzo de la vida.

Cuanto más integrada o madura, la personalidad, el yo -- se atiene más estrictamente a la realidad, mientras que el -- yo infantil (del niño o del adulto inmaduro) funciona más -- con la omnipotencia, la magia y el narcisismo. Es importante reconocer que partes más o menos amplias de este yo inmaduro e infantil, subsisten en todos los seres humanos a través de toda la vida aunque en proporciones muy variables.

La personalidad según Bleger (1979), para su constitución se asienta sobre 3 factores: constitución, temperamento y carácter.

La constitución está dada por las características somáticas, físicas, más básicas y permanentes. Depende fundamentalmente de la herencia biológica, pero no está libre de la influencia de los factores ambientales y psicológicos.

El temperamento está constituido, por las características afectivas más estables y predominantes. Se lo ha considerado siempre como el aspecto funcional o dinámico de la -- constitución, en el sentido de su origen totalmente hereditario. Las influencias ambientales durante los primeros años de vida son, sin embargo, de gran importancia, tanto para la formación de la constitución y el temperamento, como para la personalidad total.

El carácter está dado por las pautas de conducta más habituales o persistentes, para ello, se admite la influencia predominante del medio ambiente.

De la misma manera en que hay diferentes teorías de la personalidad, existen también numerosos métodos que han sido desarrollados para su valoración. Una de las técnicas para hacer un estudio de la personalidad es el perfil de personalidad o inventario de personalidad. Existen distintos tipos de inventarios de este tipo. Estos comprenden aquéllos que (Whittaker, 1970):

- 1.- Valoran rasgos específicos.
- 2.- Valoran el grado de ajuste a diversos aspectos del medio ambiente.
- 3.- Clasificación en grupos clínicos.
- 4.- Clasificación en 2 ó 3 grupos.
- 5.- Valoración de intereses, valores y actitudes.

El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota cae en la categoría 3 de lo mencionado.

Una vez hecha una breve exposición acerca de el concepto de personalidad, así como, de algunas de las teorías de la personalidad, podemos hablar de lleno del tema específico que nos compete, sabemos que todos los autores coinciden en atribuir una gran importancia a las características de la personalidad de la madre; debido a que como se sabe, la interacción materno-infante es de repercusiones vitales en el desarrollo de la personalidad del niño (adoptando la posición de Mahler, 1975). Se considera que algunas madres son típicas de algunas enfermedades (madres afectuosas e hiperprotectoras, madres dominantes y posesivas, madres rechazantes, madres rígidas y perfeccionistas, etc.) y llegan a común acuerdo en que lo que cuenta son los modos de actividad de estas madres y no solamente sus características formales en efecto, no basta con saber cómo es la madre en tanto que persona adulta; detrás de esta apariencia, el nacimiento del hijo puede despertar nuevos modos de relación y poner en movimiento algunos mecanismos escondidos; no basta con hacer una descripción de la madre tal como es, sino, se debe intentar comprender lo que el niño representa para la madre, y esto no sólo a través de la actitud objetiva de ésta sino teniendo en cuenta los mecanismos inconscientes que son la base de esta actitud. Además, si no se profundiza suficientemente en el análisis de la madre, lo que ella

nos ofrece de su propia personalidad y que puede ser más -- que una fachada, corre el peligro de hacérsela clasificar racionalmente en uno u otro grupo, pero el niño puede sentir detrás de esta fachada, la realidad que de un análisis objetivo no permite siempre desenmascarar. Para conocer mejor a la madre, hace falta, como señala M. Gerar (1958), (44) estudiar detalladamente el comportamiento de ésta, para determinar la influencia de las variaciones mínimas en su modo de alimentar, de sostener o de bañar al niño, de hablarle, sonreírle o de fruncir el ceño; es necesario también -- apreciar la constancia o falta de constancia de todas estas actitudes, así como las reacciones del niño. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el comportamiento de la madre puede modificarse por las respuestas o los ofrecimientos del niño y sus reacciones hiperactivas o pasivas. La madre puede elaborar reglas que repercuten en el niño manifestándose en sus actitudes y conducta observable, así como en su actitud inconsciente.

R. Spitz (1958) ha dado mucha importancia a las relaciones madre-hijo en el desarrollo de la personalidad; es la madre la que, en las relaciones precoces madre-hijo, -- constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño, al menos al principio, recibe pasivamente. Para este autor, los trastornos de la personalidad de la madre se reflejarán en los trastornos del niño, siendo debidas -- las influencias psicológicas nocivas a las relaciones insa-

tisfactorias entre la madre y el niño: relaciones madre-hijo inapropiadas o insuficientes.

Ahora bien, cabe la consideración del proceso contrario, ya que no puede olvidarse que antes de la organización del yo, el niño puede presentar modos de conducta personales que pueden inducir ciertas actitudes de la madre que no solo contemplan los modos objetivos de acción, sino de necesidades, demandas y expectativas cuya insatisfacción corre el peligro de producir un trastorno (Ajuriaguerra, 1983).

Leo Kanner (1935), también manifestó que gran parte de la fenomenología de los desórdenes conductuales y desviaciones de la personalidad pueden ser enlazados directamente -- con motivaciones resultantes de las actitudes parentales hacia sus hijos.

Hubo un tiempo en que los críticos de tal punto de vista, se referían a la observación de que en la misma familia, un niño podía desarrollar problemas mayores de comportamiento, mientras que otros niños podían verse bien adaptados.

¿Cómo es que, (argumentaba) podían las actitudes parentales ser responsabilizadas cuando el niño problema y sus -- hermanos normales habían sido criados por los mismos padres?

La respuesta que da Kanner a dicha interrogante es que, existen factores en el niño como la herencia, constitución, coeficiente intelectual, número ordinal ocupado en la fami--

lia, estado de salud, etc. Y otros en los padres (como - - edad, momento y estado anímico de la pareja, situación económica etc.) que influyen a que cada hijo dentro del grupo familiar sea tratado de manera diferente, ya que las actitudes de una persona no son estereotipadas ni estáticas. Claro está, que dichas actitudes no son intencionales, pero -- sin embargo, son cristalizaciones de las experiencias vitales de los padres en un nivel inconsciente.

Senn y Solnit (1968) dicen que entre los niños de 6 a 18 meses que presentan psicopatología la cual puede ser mínima como lo es:

Llanto excesivo, irritabilidad, baja tolerancia a la - frustración, negativismo excesivo o retraso del desarrollo.

Hasta los que presentan psicopatología grave como lo - es: berrinches y trastornos convulsivos (en donde mencionan al espasmo del sollozo), apatía, ofensa capitis, chupeteo obsesivo y exagerado de dedo y desinterés en el medio ambiente; se encuentran características específicas en las actitudes de sus madres como son: desilusión y no aceptación del bebé tendencia a forzar al niño a llevar a cabo las actividades deseadas (por la madre), ansiedad elevada, sobreprotección, depresión leve y apatía, rechazo o abuso del bebé, no aceptación del rol materno y reacciones hostiles severas.

También Leo Kanner (1935) al hablar del espasmo del sollozo como una de varias señales de una relación parental-infantil, dice que:

"Muchos de los padres se han visto sobreprotectores e hipernansiosos. Muchos de los niños -- han mostrado estar en general renuentes y han demostrado estar especialmente en contra de los regimenes tensos y rígidos, así como contra la imposición forzada del entrenamiento de esfínteres... La inquietud parental ante los espasmos del hijo, es por lo regular la responsable de un aumento considerable de la ya existente sobreindulgencia. El temor de que el bebé pueda morir durante el ataque y suceso momentáneo, -- instauro como rutina medidas que se practican tales como sacudir o palmotear al paciente, salpicar agua fría a su cara, aplicarle emplastos de mostaza en la piel o aroma de amoniaco en -- las fosas nasales, o bien cargarlo y pasarlo -- de un lado a otro. Una madre tenía el hábito -- de correr constantemente detrás de su bebé con un vaso de agua fría, lista para salpicar con -- ésta la cara del niño ante la menor indicación de que se avecinaba un ataque. En las visitas a familiares o de amigos, ésta tendía a ir apresurada hacia la cocina por su vaso de agua. Su

primer objetivo era el de evitar a su bebé el menor disgusto. Revoloteaba encima de él en todo momento, tratando de anticipar el menor de sus deseos".

Bridge, Livingston y Tietze (1943) apuntan que los problemas encontrados que se asocian con el espasmo del sollozo, se deben a errores comunes en el entrenamiento del niño, tales como, sobreindulgencia, sobrecorrección, inconsistencia y mal entronamiento de hábitos.

En base a la revisión bibliográfica acerca de sus características de la personalidad de las madres de estos pacientes, podemos observar que existen factores en los cuales los autores mencionados coinciden como lo es:

Tendencias a forzar al bebé a llevar a cabo las actividades deseadas por la madre, con aparente insensibilidad de las necesidades y disposición del infante; alternancias entre la rigidez y la sobreindulgencia, creando un patrón de inconsistencia y confusión respecto al establecimiento de límites; obsesividad y necesidades de control; depresión leve; ansiedad elevada; preocupaciones maternas exageradas y una tendencia importante a sobreproteger al hijo.

Retomaremos ahora el factor sobreprotección, el cual se considera uno de los pilares que sostienen el manejo de el cuadro psicopatológico que estamos estudiando.

Leo Kanner en 1935, hace observaciones acerca de las características de los niños sobreprotegidos, así como de las motivaciones que llevan a una madre a sobreproteger a sus hijos; sabemos que, existe una actitud sobreprotectora que se da (en cierta forma esperable) cuando el niño padece alguna limitación física o alguna enfermedad grave. Ahora, por otro lado, tenemos que existen actitudes sobreprotectoras graves por parte de algunas madres hacia sus hijos sanos o bien hacia algún hijo en especial (siendo este último caso el más frecuente), por motivos que son por lo regular inconscientes.

Kanner (1935) ubicó a esta actitud sobreprotectora como una manifestación de conducta rechazante, y le denominó sobreprotección compensatoria. Citando a este mismo tenemos:

"La protectividad tiende a prevenir males futuros que ella (la madre) ve acechar en cada rincón, y los cuales, siendo una "buena madre" son alejados, pelea contra ellos con sus actividades solícitas. Su rechazo toma forma consciente en miedo de que el niño enferme y muera, aprenda mal comportamiento de otros niños, o bien, puede irse lejos de ella".

Posteriormente, Levy (1966) realizó un estudio intensivo de 20 casos de sobreprotección y plantea que existen 5 formas clínicas de sobreprotección:

- 1) Pura
- 2) Culpigena (expiación por rechazo)
- 3) Mixta (sobreprotección en la infancia seguida posteriormente de rechazo)
- 4) Leve (forma atenuada)
- 5) No materna de parte del padre, hermanos, abuelos, etc.)

Las madres sobreprotectoras comienzan con un comportamiento extremadamente infantilizante, y la conducta del niño lleva a que la sobreprotección se de a veces en forma dominante y en otras indulgente. Si la respuesta del niño es de sumisión ante el manejo infantilizador, las tendencias dominantes de la madre son reforzadas. Si el niño se rebela contra la disciplina las actitudes de sumisión de la madre se tornan evidentes (tal es el caso del espasmo del sollozo). Tenemos entonces, que la madre presenta actitudes a veces rígidas y dominantes y a veces sobreindulgentes y conformando así el escenario completo de sobreprotectividad e inconsistencia.

Sobre-indulgencia se entiende como la tendencia a ceder al deseo o actitudes del niño, o bien permitiendo o subordinándose a sus demandas hasta un punto no tolerado por la mayoría de los padres. La sobreindulgencia aparece en su forma activa a través del deseo de proveer al niño de todos sus reclamos y deseos, y en forma pasiva, por medio -

de una rendición a todas las demandas del niño. La sobrein
dulgencia en su forma extrema podría manifestarse en una --
completa y total entrega maternal hacia el niño (Levy 1966).

La Psicopatología de la sobreprotección materna es más
afín a la neurosis obsesiva que a ninguna otra en el com--
portamiento de tipo compulsivo, en la resistencia obstinada
a la modificación o al cambio terapéutico y en el alto gra-
do de "responsabilidad" que caracteriza a la madre sobrepro
tectora. Esta visión también apoyaría la teoría de que la
sobreprotección materna representa un tipo de neurosis, en
la cual especialmente los procesos de culpa resultan en una
preocupación maternal exagerada.

Levy (1966) menciona que existen diversos factores que
influyen en las actitudes de sobreprotección materna los cua-
les son:

- 1) Factores maritales (sexuales) cuando los espo-
sos son sexualmente compatibles y tienen inte-
reses sociales comunes, marcan las condiciones
que operan contra el monopolio madre-hijo. Ob-
servó que la relación de sobreprotectividad se
vio reforzada en aquéllas madres que presentan
dificultades sexuales. Comentó Levy que entre
ellas, la mayoría tenía problemas en su vida -
sexual, variando desde una adaptación pasiva -
sin placer, hasta la utilización de varios mé-

todos para evadir la actividad sexual sin embargo, no todas ellas son sexualmente - inadecuadas, algunas aparecen como bien - ajustadas.

- 2) Factores sociales. Hay pocos intereses - sociales comunes entre los padres de los niños sobreprotegidos.
- 3) Factores Maternos: Hambre de afecto. Una falta de afecto y amor maternal se encontró en los historiales de la mayoría de - las madres sobreprotectoras. En algunos casos ésto se debió a la pérdida temprana por muerte de la madre y por falta de una figura materna sustituta; o bien por de--privación afectiva aún cuando existía la presencia física de la madre.
- 4) Factor Materno: Responsabilidad. Mostraron una tendencia a ser predominantemente responsables, estables y agresivas. Entendiendo el término "responsables" como dispuestas a auxiliar en las actividades cotidianas, con el trabajo del hogar y el cuidado de sus hermanos durante su niñez; dispuestas a apoyar económicamente a la - familia antes de su matrimonio; indepen--

dientes económicamente por medio de un empleo estable, etc.

5) Factor Materno: Ambiciones Frustradas.

Levy cita el trabajo de Lewenberg, en el cual se encontró un porcentaje mayor de ambiciones frustradas en el grupo sobreprotector que en el grupo control.

Parker y Lipscombe (1981), llevaron a cabo una investigación acerca de la sobreprotección materna, en la que llegaron a algunas conclusiones que serán mencionadas en breve: las madres sobreprotectoras dieron evidencia de tener preocupaciones maternas marcadas antes de tener hijos, y sus características más destacadas de personalidad fueron, ansiedad elevada, obsesividad y necesidad de control. Y enfatizan en que la sobreprotección materna aparece asociada con poco, más que con un elevado esmero maternal.

"Hemos encontrado evidencia de que la tendencia a la sobreprotección refleja características de la personalidad de la madre como consecuencia proponemos el siguiente proceso:

Ciertas mujeres están dispuestas a patrones de maternaje sobreprotector, como consecuencia de su mayor ansiedad, mayor obsesividad y mayores necesidades de control, y se --

comportan hacia su niño tal como se comportan hacia el mundo. Más allá de ser solo consecuencia de su ansiedad, buscan la protección y el control de su hijo, así como se protegen y controlan a sí mismas".

Las características de sobreprotección y necesidades de control, podemos asociarlas con dificultades en la confianza de la madre para que permita al niño la separación y el logro de su autonomía. Autores como Margaret Mahler (1984), dicen que para muchas madres en nuestra cultura, no es fácil abandonar la "conducta posesiva simbiótica."

"Si la "preocupación primaria" de la madre con su infante es impredecible, inestable, cargada de ansiedad u hostil; si su confianza en sí misma como madre es vacilante, entonces el niño en proceso de individuación tiene que manejarse sin un cuadro de referencia..." (Spiegel 1959). (45)

Entonces a partir de que las actitudes de sobreprotección de las madres están relacionadas con poco, más que con un elevado esmero maternal, cabe hacer el cuestionamiento acerca de las raíces de tal tendencia y plantear lo que dice Spiegel (1959),⁽⁴⁶⁾ acerca de que cuando la madre es vacilante o sin confianza en sí misma como madre, no permite que el infante logre una adecuada separación y entonces se produci-

rán trastornos en el desarrollo normal del niño. Dentro de la estructura de la relación Materno-Infantil en el caso -- del Espasmo del Sollozo y otras alteraciones, existe la ya nombrada sobreprotección materna que también está relaciona da con hostilidad reprimida (como ya se citó) en los trabajos de Marta Békei, (1984).

Tenemos la instauración de un ciclo alternante de relación madre-hijo que a veces se ve matizada de posesividad - y/o hiperprotección y a veces de rechazo y hostilidad.

"Estas alternancias de rechazo y aceptación (no del niño como totalidad, sino de sus aspectos -- cambiantes) tiene sus raíces en las profundidades de la psique de la madre. Esta no puede evitar reaccionar de cierta forma hacia el niño (ésto es "rechazarlo") si la conducta de la criatura le provoca ciertos conflictos. Las demandas orales del niño le vuelven a suscitar las luchas que ella misma mantenía con su propia madre cuando ella era un bebé. La suciedad del bebé y la necesidad de ocuparse de los productos corporales de éste despiertan fantasías y batallas que pertenecen a su fase anal... en resumen, la relación con el infante que se desarrolla conmueve - su personalidad en sus fundamentos mismos. Su - conducta hacia el niño se comprende mejor cuando

se la considera en función de los conflictos - que son propios de ella. Actúa en forma rechazante cuando defiende sus propias represiones, y aceptando al niño cuando la conducta de éste responde a fantasías y deseos secretos que puede tolerar". (Anna Freud, 1984).

El rechazo materno del que estamos hablando, por lo regular no es expresado abiertamente, sino que, debido a un manejo inadecuado de los impulsos agresivos que se dan hacia - las características que presenta el niño a lo largo de su desarrollo (como antes se explica). Estos impulsos agresivos se dirigen hacia el self, provocando así sentimientos de culpa a veces depresión.

Entonces, observamos que por un lado, las madres de los niños con Espasmo del Sollozo a veces son hiperprotectoras y sobreindulgentes y aparentan estar solícitas a la satisfacción de toda la demanda del hijo, y otras veces son madres - que como ya se dijo antes tienden a ser rígidas, controladoras y obsesivas en lo referente a el entrenamiento de los niños. Marta Békei (1984) dice:

"Este contacto íntimo de la madre con su bebé, exige mucha empatía para poder captar y responder a las necesidades que la criatura comunica mediante su cuerpo y sus movimientos o mediante sonidos no verbales. Una madre narcisista

que no observa y no escucha las necesidades, viola el self de su hijo. Le impone lo que no necesita o lo priva de lo que reclama. Esto puede acarrear consecuencias corporales directas. Si al bebé se le da de comer cuando no tiene hambre, se le crea una resistencia, y a no darle cuando necesita puede provocar hiperexcitación, insomnio, reacciones de protesta que están dirigidas hacia la madre pero que atacan y debilitan al propio infante en desarrollo produciendo así directa o indirectamente síntomas que afectan -- obstaculizando éste".

Esta misma autora, apunta hacia las características de la personalidad de las madres de los pacientes con espasmo de sollozo, escribiendo que:

"Una madre dominante, sobreprotectora y con hostilidad reprimida figura frecuentemente entre los antecedentes de los niños que sufren uno de cualquiera de estos tres trastornos (cólico del tercer mes, asma y espasmo del sollozo)".

Békei (1984), en sus observaciones dice que el espasmo del sollozo está determinado, entre otros factores, por una necesidad de dominio y control sobre el niño:

"El Espasmo del Sollozo es una intensa respuesta corporal contra una educación esfinteriana forzada y prematura, se manifiesta en niños de carácter enérgico, pero demasiado jóvenes para expresar su disconformidad por medio de palabras".

Bridge et al. (1943) también hacen referencia al factor ansiedad elevada como una de las características esenciales de las madres de los pacientes:

"En algunos casos, la continuación de los espasmos del sollozo depende de las ansiedades excesivas y aprehensiones de la madre".

Ahora, tenemos por otro lado, también como una de las características principales de la personalidad de las madres de niños con Espasmo del Sollozo, una tendencia hacia la depresión, siendo ésta adoptada en su forma leve, ya sea caracterológica, es decir, como forma de vida con insatisfacción crónica, o bien como depresión encubierta, en la que existe una ausencia de la vivencia depresiva conciente (Arieti y Bemporad, 1981).

También sabemos, que la ansiedad elevada, entre otros síntomas neuróticos, son encubridores de síntomas depresivos en adultos jóvenes, como la manifiestan Pollitt y Young en 1971; también apoyando sus aseveraciones en los estudios lle

vados a cabo por Frieze (1965) y Rogers (1965). (47)

Fergusson, Hons, Horwood y Shannon (1984) llevaron a cabo un estudio interesante, en donde correlacionaron la depresión materna y los problemas de crianza de los niños y mostraron que: La proporción de problemas de crianza mostró un incremento constante con los niveles de eventos familiares importantes y síntomas depresivos maternos. Esta investigación citada, se llevó a cabo cuando los niños tenían 5 años de edad, y se preguntó a las madres acerca si sus hijos habían presentado cualquiera de las siguientes conductas.

- 1) Dificultades en lo referente a su manejo o control (desobediencia, obstinación, negativa etc.)
- 2) Berrinches o episodios de espasmo del sollozo.
- 3) Problemas en la alimentación.
- 4) Conductas de agresión exagerada.
- 5) Irritabilidad, tensión y nerviosismo.

Se definió como alteraciones de conducta y problemas de crianza a las 5 conductas antes citadas. Como resultado de la investigación se encontró que:

- A) La depresión y los eventos adversos están significativamente asociados; indicando una tendencia general de la tasa de depresiones maternas aumentada ante los eventos adversos.
- B) La tasa de depresión está asociada significativamente

a los reportes maternos de problemas de crianza. Es decir, los problemas de crianza aumentan cuando la tasa de depresión materna.

C) No existe relación significativa entre los eventos familiares adversos y los problemas de crianza.

Como conclusiones de éste trabajo, se plantea que:

Las mujeres que reportan un número significativo de eventos desfavorables en su vida, también reportaron una tasa aumentada de síntomas depresivos y problemas de crianza.

Es posible que la depresión materna produzca un aumento en los problemas de crianza actuales, de modo tal, que los niños cuyas madres están deprimidas o son depresivas, responden a la conducta y estado de ánimo maternos, desarrollando un mayor número de problemas de comportamiento. Si éste es el caso, las asociaciones entre los eventos de la vida familiar, la depresión materna y los eventos de la vida familiar la depresión materna y los problemas de crianza, aparentemente conforman un modelo de cadena en el cual los eventos adversos de la vida provocan depresión materna, y la depresión materna a su vez, provoca problemas de crianza. Entonces, sabemos que (según estos autores), el espasmo del sollozo se considera como un problema de crianza; y podemos concluir que la depresión materna es uno de los factores que provoca y mantiene al espasmo del sollozo como a otros trastornos de conducta o crianza.

CAPITULO 3

LA INTERACCION MADRE-HIJO

En el presente capítulo, se revisarán algunos modelos teóricos acerca del desarrollo psicológico del niño y las fases que éste atraviesa, y que permitirán explicar los hallazgos de esta investigación.

Winnicott (1959-1964),⁽⁴⁸⁾ subraya el papel fundamental de la madre como facilitador del desarrollo normal. Incluso, elabora una clasificación de las enfermedades psiquiátricas teniendo en cuenta la situación ambiental; atribuye el origen de los trastornos psicconcuróticos a interferencias en el desarrollo temprano, debidos a fallas en el medio, a fallas maternas. Coherente con su teoría, establece para cada período del desarrollo del bebé un período materno correspondiente. Describe también la conducta adecuada para cada etapa, a la que denomina, por la función materna más característica:

- 1) A la no integración corresponde sostener.
- 2) A la personificación corresponde manipular.
- 3) A la relación de objeto corresponde la presentación de objetos-convivir.

Nos interesa aquí, la primera fase del desarrollo de la teoría propuesta por Winnicott que abarca hasta los 6 meses-

de vida, en dicha fase de sostener al bebé, se espera que las funciones maternas normales sean de llenar las necesidades fisiológicas del niño y transmitirle la sensación de apoyo, de confiabilidad y de ser querido. Todas éstas actitudes se realizan sobre la base de una comunicación empática con el niño, a través de vivencias sensoriales agudas en el niño y reactivadas regresivamente en la madre.

Agrega Winnicott que con una madre sensitiva y alerta no se produce desajuste, el niño logrará percibir a la madre objetivamente y dejará de estar fusionado a ella, para así establecer la relación de objeto real entre su self delimitado y la persona separada de la madre. Dicho con otras palabras, se logrará una relación materno-infantil normal.

En la preocupación materna primaria, es necesario que la madre sea capaz de llegar a un estadio de hipersensibilidad, casi una enfermedad para comprender a su bebé; por medio de su sostenimiento debe proteger al niño de los riesgos psicológicos, apoyándose en su sensibilidad y con los cuidados diurnos y nocturnos, hasta que éste adquiera los recursos que le brinde el desarrollo para que poco a poco el bebé pueda paliar las deficiencias de la madre a través de su actividad mental. La madre debe saber responder intuitivamente a todas las necesidades de su niño al venir al mundo, pero debe aprender asimismo a despegarse, a responder menos a sus necesidades para no satisfacerlo demasiado y permitir la constitución y funcionamiento del self.

También Sptiz (1968) considera la importancia que tiene la personalidad materna para el desempeño del papel como agente maternante, ya que

"En la relación madre e hijo, es la primera la que es parte activa y dominante. El niño, al menos en los comienzos, es el recipiente pasivo... Las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante... Acerca de la Psicopatología en la infancia es que las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo".

En la familia nuclear "clásica", la madre o su sustituto se presenta como un alimento absolutamente indispensable para el niño. La madre "normal" es la que acepta al niño como fruto de la naturaleza; lo alimentará para que se desarrolle, dependerá de él en la época en que tenga necesidad de ésta dependencia y preparará ulteriormente su independencia.

Muchas veces se habla de la relación madre-hijo como si el bebé reconociera a la madre como tal; cuando en realidad el bebé es manejado por un sujeto cuya actividad contribuye a la subsistencia del niño. Esta actividad que parece mecánica a veces, no está despegada de una comunicación empática en la que el niño será objeto de los cuidados. Estas relacio

nes son complejas en los primeros días de vida.

La madre debe ser capaz de entablar un diálogo en el -- que el amor se expresará en forma natural, en la que han de disfrutar ambos, el niño y su madre.

Ajuriaguerra (1983).

Se expondrá ahora la teoría de Margaret Mahler (1975), - quien a lo largo de sus estudios permite explicar la psicología de las relaciones madre-hijo. Quien a lo largo de su teoría divide para su estudio al desarrollo infantil en varias etapas:

A) Autismo Normal

B) Simbiosis

C) Separación-Individuación!° Diferenciación

2° Ejercitación

3° Reacercamiento

4° Funciones cognitivas --
más avanzadas.

En base a sus observaciones y experiencias adquiridas - desde 1920, Margaret Mahler plantea que la experiencia del - nacimiento biológico del ser humano no coincide con su "nacimiento psicológico". Ya que el sensorio del recién nacido - y el bebé muy pequeño no parecían armonizar con el mundo exterior; el bebé se manifestaba en su estado de existencia -- crepuscular. Y caracterizó las primeras semanas de vida ex--

trauterina del bebé como la fase de autismo normal (1965). - Esta fase autística normal, que va desde el nacimiento hasta alrededor el 2º mes de vida, corresponde a la "fase indiferenciada" de Hartmann, Kris y Loewestein (1946).⁽⁴⁹⁾ Durante ésta fase el bebé no establece una distinción discernible entre realidad interior y realidad exterior, ni parece distinguir entre él mismo y su ambiente inanimado.

En la fase autística normal, hay una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos (en especial los perceptuales de distancia). Este es el período en que se observa más claramente la barrera que se opone a los estímulos (Freud, 1920),⁽⁵⁰⁾ la función innata de respuesta a los estímulos externos. El infante pasa la mayor parte del día en un estado de semisueño y semivigilia: se despierta sobre todo cuando el hambre y otras tensiones provocadas por necesidades lo hacen llorar, y se hunde o cae nuevamente en el sueño cuando está satisfecho, es decir, cuando se han aliviado las tensiones excedentes. En esta etapa, predominan los procesos fisiológicos más bien que psicológicos, y la función de éste período debe encararse sobre todo en términos fisiológicos. El infante está protegido contra los estímulos extremos, en una situación semejante al estado prenatal, para facilitar el crecimiento fisiológico.

Conceptualizando metafóricamente el estado del sensorio, dice Mahler (1980), hemos aplicado a las primeras semanas de

vida el término autismo normal, pues en este estado el infante parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, en la cual la satisfacción de necesidades parece pertenecer a su propia órbita "incondicionada", omnipotente y autística.

Ribble (1943),⁽⁵¹⁾ señaló que es la maternación lo que saca gradualmente al infante de su tendencia innata a la regresión vegetativa, y promueve la conciencia sensorial del ambiente y del contacto con él. En términos de energía o catexia libidinal, ésto significa que tiene que ocurrir un desplazamiento progresivo de la libido desde dentro del cuerpo hacia su periferia (Greenacre, 1945-1952).⁽⁵²⁾

En este sentido, propondríamos distinguir dos estadios dentro de la fase del narcisismo primario. Durante las primeras semanas de vida extrauterina, prevalece un estado de narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de conciencia del infante respecto de la existencia de un agente maternante. Este es el estado que Mahler denomina como autismo normal. Va seguido de un estadio de oscura conciencia de que uno mismo no puede proveer la satisfacción necesaria, sino que ésta proviene de algún lugar fuera de sí mismo (narcisismo primario en la fase simbiótica incipiente).

La tarea de la fase autística es el logro del equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente ex

trauterino, por mecanismos predominantemente somato-psíquicos fisiológicos.

Aunque la fase autística se caracteriza por una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos, esto no significa que pueda no haber ninguna responsividad a los estímulos externos. Wolff (1959) y Franz (1961)⁽⁵³⁾ entre otros, han demostrado que existe cierta responsividad en el neonato. Es esta responsividad a estímulos exteriores la que según Mahler, contribuye a la continuidad entre la fase autística normal y las posteriores.

El efecto de las atenciones que la madre proporciona reduciendo los padecimientos de hambre-necesidad, no pueden ser diferenciados al principio de sus propios intentos de reducir tensión, tales como orinar, defecar, toser, estornudar, escupir, regurgitar, vomitar, etc. El efecto de éstos fenómenos expulsivos, así como la gratificación que se obtiene con las atenciones de la madre, ayuda al infante a diferenciar con el transcurso del tiempo entre una calidad de experiencia "placentera buena" y otra "penosa-mala" (Mahler y Gosliner, 1955).⁽⁵⁴⁾

A partir del segundo mes, una oscura conciencia del objeto que satisface las necesidades marca el comienzo de la fase de simbiosis normal, en que el infante se comporta y funciona como si él y su madre constituyeran un sistema omni

potente, una unidad dual dentro de un límite unitario común. Es lo que Freud (1930), denominó sentimiento de infinitud de sentimiento oceánico. (55)

En este período, la barrera casi sólida contra los estímulos (esta cuparazón autística que excluye los estímulos externos), comienza a resquebrajarse. A raíz del giro catéxico hacia la periferia sensorio-perceptiva, comienza ahora a formarse y a envolver la órbita simbiótica de la unidad dual madre-hijo escudo contra estímulos que es protector, pero también es receptivo y selectivo y está positivamente catexiado (Mahler, 1967a, 1968b). (56)

Es obvio que mientras el infante es absolutamente dependiente respecto de su copartícipe simbiótico durante la fase simbiótica, la simbiosis tiene un significado muy diferente para el copartícipe adulto de la unidad dual. La necesidad-- que el infante tiene de su madre es absoluta; la necesidad - que la madre tiene del infante es relativa.

El término simbiosis en este contexto es una metáfora - (diferente al concepto biológico de simbiosis); y se refiere a ese estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en que el "yo" no está aún diferenciado del "no-yo" y en que lo interno y externo solo están llegando en forma gradual a ser sentidos como diferentes. Cualquier percepción desagradable, externa o interna, es proyectada más allá del límite común -

del "milieu intérieur"⁽⁵⁷⁾ simbiótico.

El rasgo esencial de la simbiosis es la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria o delusiva, con la representación de la madre y en particular, la delusión de que existe un límite común entre dos individuos físicamente separados.

Spitz (1965)⁽⁵⁸⁾ describió como la "experiencia situacional unificada" boca-mano-laberinto-piel, fusionada con la -- primera imagen visual, el rostro de la madre. Señala Mahler- (1977)⁽⁵⁹⁾ que la simbiosis será óptima cuando la madre permite al infante pequeño enfrentar su cara a la de ella, es decir, permite y promueve el contacto visual, especialmente -- mientras le da el pecho o el biberón al infante o al hablarle o cantarle.

El encuentro mirada a mirada, incluso con un rostro enmascarado que se mueve en dirección vertical, es el desencadenador, el organizador o quizás el "descargador" de la respuesta inespecífica -llamada social- de sonrisa (Spitz, --- 1946)⁽⁶⁰⁾ Esta respuesta inespecífica de sonrisa señala la entrada al estadio de relación con un objeto que satisface las necesidades. Esto corresponde a la entrada en el período que hemos denominado fase simbiótica.

De acuerdo con las secuencias de placer-dolor ocurre la demarcación de las representaciones del yo corporal dentro - de la matriz simbiótica. Estas representaciones se depositan

en forma de "imagen corporal" (Schilder, 1923; Mahler y Furrer, 1966).⁽⁶¹⁾

Dentro de la órbita simbiótica común, los dos participes o polos de la diada pueden considerarse como polarizadores de los procesos de organización y de estructuración. --- Spitz (1969) llama a la madre "yo auxiliar" del infante:

"En la misma línea de ideas creo que la "conducta de sostén" de quien brinda el maternaje que es la "preocupación materna primaria" es el elemento organizador simbiótico (Winnicott, 1956),⁽⁶²⁾ el partero de la individuación, del nacimiento psicológico".

Agrega Mahler (1977),⁽⁶³⁾ que a lo que Spitz denominó "estadio preobjetal" ella le llama "fase simbiótica", nombre -- que denota la cualidad exclusivamente humana de nuestra existencia. Sigue habiendo vestigios de ésta fase durante todo el ciclo vital.

La fase simbiótica normal está señalada por un aumento del investimento perceptual y afectivo por parte del infante. En ésta etapa se va catexiando cada vez más el mundo, especialmente en la persona de la madre. La catexia de la madre es el principal logro psicológico de ésta fase.

Subemos entonces que en ésta fase denominada simbiosis-

normal, es el bebé el que normalmente depende totalmente de su madre, y que la dependencia de ésta hacia su hijo es relativa (Benedek, 1959).⁽⁶⁴⁾ Ahora, aparentemente cuando la madre es a su vez simbiótica o bien, cuando depende de su hijo como fuente absoluta de gratificación y autoestima, inferimos que el proceso normal de la simbiosis y la posterior separación-individuación se verán alterados. Ya que, a una madre simbiótica, le será difícil abandonar su "conducta posesiva":

"Mientras más cerca de lo óptimo de la simbiosis ha estado la "conducta posesiva" de la madre, más habrá ayudado la compañera simbiótica al infante a prepararse para "romper el cascarón" de la órbita simbiótica, gradual y llanamente, ésto es, sin un esfuerzo indebido sobre sus propios recursos, mejor capacitado estará el bebé para separarse y diferenciar sus autorepresentaciones de las representaciones simbióticas del ser más objeto hasta ahora fusionadas" (Mahler, 1984).⁽⁶⁵⁾

Por otro lado, la relación simbiótica puede tener otra forma, cuando la madre no es disponible o accesible emocionalmente. Es decir, partiendo de que es indispensable tener en cuenta las actitudes que estimulan la conducta maternal, ya que la relación bilateral no es simétrica, y la vida del niño, componente débil de la pareja, depende de la actitud protectora y previsora del adulto fuerte; si ésta por razo-

nes diversas que dependen de su propio estadio simbiótico, - no es accesible o bien está satisfaciéndolo cuando ella lo - considera necesario, brindándole así lo que el niño no re-- quiere o bien privándole cuando lo reclama:

"Este contacto íntimo de la madre con su bebé e-- xige mucha empatía para poder captar y responder-- a las necesidades que la criatura comunica median-- te su cuerpo y sus movimientos o mediante sonidos-- no verbales. Una madre narcisista que no observa y no escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican y administra los cuidados según sus propias necesidades, viola el self de su hijo. Le impone lo que no necesita o lo priva de lo que reclama. Esto puede acarrear consecuencias corporales directas. Si al bebé se le da de comer cuando tiene hambre, se le crea una resistencia...No darle cuando necesita puede provocar hiperexistencia, insomnio, reacciones de protesta que están dirigidas hacia la madre pero que atacan y debilitan al propio infante en forma directa produciendo síntomas, e indirecta obstaculizando su desarrollo!"

(Marta Békci, 1984).

Respecto a ésto Anna Froud (1981), dice que el manejo - incorrecto de las necesidades infantiles tempranas, tiene rg percusiones posteriores para el desarrollo patológico. En su

crecimiento hacia la independencia y autosuficiencia, el niño acepta la actitud inicial de la madre, gratificante o --- frustrante. Cuando ella comprende, respeta y satisface los deseos de su hijo en la medida de lo posible, existen buenas posibilidades de que el yo del pequeño demuestre una tolerancia similar. Cuando ella demora innecesariamente, se opone o ignora la realización de sus deseos, el niño está propenso a demostrar mayor "hostilidad hacia el ello", es decir, facilidad para los conflictos internos, que constituye uno de los requisitos previos del desarrollo neurótico.

Apunta Mahler (1967)⁽⁶⁶⁾ que aún la diferenciación más primitiva solo puede ocurrir si se logra un equilibrio psicofisiológico. Esto depende en primer lugar en una cierta compatibilidad de las pautas de descarga de la madre y del infante pequeño, y luego de sus pautas de interacción, conductualmente discernibles por las señales mutuas que emiten, y también por el más temprano modelamiento adaptativo del infante y por sus capacidades receptoras, con una conducta de sostenimiento "suficientemente buena" por parte de su madre simbiótica (Winnicott, 1956)⁽⁶⁷⁾

La madre narcisista aquí descrita, no será capaz de modificar sus respuestas a medida que satisface las exigencias cambiantes del hijo, captando sus señales (Bowlby, 1985) ya que, como antes de explica, carece de la capacidad empática-necesaria para captar las necesidades cambiantes de su hijo.

"La madre, en su condición de agente catalizador del proceso de individuación, debe ser capaz de interpretar el lenguaje del proceso primario del hijo. Vocalizaciones moduladas, que varían ampliamente en diferentes niños, aparecen al principio como meros acompañamientos de las aventuras del pequeño. Gradualmente éste comienza a expresar, y por lo tanto a comunicar, una amplia gama de afectos: miedo, placer, fastidio, afecto, júbilo, aflicción, asombro, etc. En la pareja normal madre-hijo, la salida de la órbita simbiótica se verifica de manera gradual y sin sobresaltos. Pero en algunos casos - en que la relación entre ambos parece normal, se comprueban re acercamientos notablemente dramáticos que pueden incluso determinar una crisis en dicha relación... La madre también tiene que ajustarse a ese acontecimiento decisivo e inevitable de la separación, dictado por la maduración de los aparatos. Debe afrontar el hecho de que su hijo, antes completamente dependiente, puede ahora ir y venir, alejarse y acercarse. Sabemos por el psicoanálisis de madres que, en su inconsciente, el cuerpo del bebé durante las fases presimbióticas y simbióticas es parte de la representación del "sí mismo" de la madre... También es lícito esperar que, cada hijo tiene una significación específica para la ma

dre, de acuerdo con las fantasías generales y especiales relacionadas con ese hijo en particular. Esto normalmente debe cambiar al madurar el pequeño y depende a su vez del desarrollo y adaptación de la madre a las tareas reales y emocionales de la maternidad". (Coleman, Kris y Provence, 1953; Bibring y otros, 1961; Mahler, 1984) (68)

Un maternaje que eluda los extremos: la frustración indebida del bebé, por un lado, y la alteración o sofocación del ritmo individual e innato de sus necesidades, por el otro, no es tarea fácil. Y dice Mahler (1984), la perplejidad, las angustias y conflictos, las fantasías inconscientes de las madres han sido investigadas en la situación psicoanalítica. Tuvo la oportunidad de estudiar conductas maternas que abarcan desde una conducta normal, pasando por esquemas neuróticos de conflicto, hasta graves reacciones narcisistas; desde una adaptación más o menos fácil a la maternidad hasta violentas pugnas defensivas y reactivas.

"Los leitmotivos de las vicisitudes maternas se reflejan en la individuación de sus hijos... Junto -- con Hartmann (1939) (69) atribuimos que la evolución óptima de las funciones vitales parciales del bebé, se ve facilitada o dificultada por las actitudes conscientes de la madre y especialmente por sus actitudes inconscientes." (Mahler, 1984).

Complementando lo anterior, la misma Mahler cita a Spiegel (1959) (70) diciendo que si la "preocupación primaria" de la madre hacia su infante es impredecible, inestable, cargada de ansiedad y hostil; si su confianza en sí misma como madre es vacilante, entonces el niño en proceso de individuación tiene que manejarse sin un cuadro de referencia para reexaminar, perceptual y emocionalmente a la compañera simbiótica.

Volviendo al tema de las cualidades simbióticas que mencionaba, y específicamente hablando de la madre que tiende a ser ambivalente, que oscila entre la aceptación y el rechazo o bien entre la accesibilidad e inaccesibilidad hacia el hijo por razones de su personalidad narcisista aunadas con las características y situaciones que el niño representa, sabemos que dependiendo de su propio ajuste, la madre puede responder siendo emocionalmente accesible o bien mostrando una gran variedad de actitudes, entre las que citaremos a la no accesibilidad.

Si la madre es como Mahler (1984) le denomina "sosegadamente accesible" y es capaz de proveer libido objetal, si comparte las hazañas y aventuras del pequeño, si responde juguetonamente a ellas y contribuye así a los intentos de imitación e identificación del hijo, la relación entre ambos progresará.

Cuando por el contrario, y tomando en cuenta que el niño se encuentra en una etapa de su desarrollo en que aún no cuenta con medidas de defensa contra la ansiedad, la inaccesibilidad de la madre, puede vivirse como separación o bien como pérdida objetal como lo explica Bowlby (1985):

"Por presencia queremos significar "fácil accesibilidad". Los vocablos "separación" y "pérdida" tal como se utilizan en ésta obra, implican siempre -- que la figura en quien el sujeto centra su afectos es inaccesible, sea temporariamente (separación) o de manera permanente (pérdida)."

Sabemos en base a la hipótesis freudiana de 1926,⁽⁷¹⁾ que postula que el temor a la ausencia materna nace cuando el bebé ha aprendido que , al hallarse ausente la progenitora, -- sus necesidades fisiológicas no pueden satisfacerse, lo cual redundaría en la acumulación de peligrosas "cantidades de estimulación traumática". El bebé en este momento sabe (porque lo ha aprendido) que de quedarse solo, es incapaz de descargar esos elementos acumulados, a la situación de peligro que intrínsecamente le provoca temor es "una situación de desamparo reconocida, recordada y esperada".

En base a lo manifestado por Freud (1926) podemos decir que el bebé tiende a presentar una susceptibilidad mayor a experimentar angustia de separación por temor a la pérdida ob-

jetal cuando ha sido expuesto a cuidados maternos inconsistentes o ambivalentes.

Señala Bowlby (1985) que los niños que han recibido adecuados cuidados maternos y que por consiguiente, no habrían tenido ocasión de experimentar una zozobra o temor intenso, son los menos susceptibles de responder con muestras de temor ante situaciones de todo tipo, entre ellas la separación en tanto que los niños que han pasado por experiencias sumamente perturbadoras o inquietantes en ausencia de la madre, suelen ser más susceptibles de experimentar temor, en particular ante la posibilidad de una nueva separación. Y agrega:

"En consecuencia, si el niño debido a sus experiencias específicas, llega a asociar la ausencia de la madre con un alto grado de incomodidad y zozobra, tal vez al crecer responda a las situaciones de separación y pérdida, sean reales o previstas con problemas psicosomáticos y una tensión general".

Recordemos que estamos hablando de un momento en el desarrollo en el que los aparatos yoicos no tienen recursos para manejar la angustia. Esta es manejada a un nivel somático es decir, de acuerdo con Erickson (1980), el estadio más temprano de desarrollo psicosexual, la etapa oral incorporativa esa etapa cuando el niño deriva la mayor parte de gratificación de sus impulsos en la recepción de estímulos traídos hacia su campo de sensaciones e incorporándolos llevándolos ha

cia su boca, no es solo oral, sino "oral-respiratoria-sensorial". El niño es incapaz de adaptar sus impulsos a su medio ambiente, tiene la opción de hacer rearrreglos en los cuales se didipa la energía desadaptada. Puede involucrar ya sean funciones alimenticias (oral), funciones respiratorias o bien funciones cutáneas (sensoriales).

La razón por la que se opta por un mecanismo y otro no queda claro, pero ésta aproximación teórica sugiere algunas posibilidades interesantes en las interrelaciones entre el espasmo del sollozo, asma, eczema, chupeteo del dedo y vómitos repetidos. Estas entidades aparentemente no relacionadas pueden estar constituyendo expresiones somáticas diferentes de la internalización de la energía psíquica que se ha encontrado en conflicto en éste atentado por adaptarse al medio ambiente. Como lo señalan Hinman y Dickey (1956), existe el concepto altamente teórico de si el espasmo del sollozo puede ser el resultado de la internalización de tendencias agresivas. Siendo ésta teoría justificada en base al momento en el desarrollo en el que se dan las dificultades.

El desarrollo del yo según Hartmann (1950)⁽⁷²⁾ parte de una matriz indiferenciada de la que emanan las llamadas áreas libres de conflicto (autonomía primaria). Estos son aparatos heredados de que el niño dispone desde el nacimiento:

"Percepción, memoria, atención, motividad y pensa-

miento difuso. Sobre estos aparatos de autonomía primaria, aunados a la maduración y la relación con los objetos, el bebé tiene la posibilidad de construir otros aparatos, a los que el mismo autor denomina aparatos de autonomía secundaria. Estas son adquisiciones posteriores del yo, en las que entre otras, están las referentes al manejo y regulación de los afectos; en el proceso simbiótico el agente encargado a regular los afectos es la madre. Normalmente, se puede esperar que el contacto íntimo de la madre con su bebé exige, como Békci (1984) lo decía, mucha empatía para poder captar y responder a las necesidades que su hijo comunica mediante su cuerpo y sus movimientos o mediante sonidos no verbales."

Como ya se mencionaba, una madre narcisista no observa y escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican; las solicitudes de consuelo y contacto quedan desatendidas; como dice Mahler (1984) en los casos serios de conflicto, el fenómeno normal de cortejar activamente a la madre y de complacerse en compartir con ella, se convierte en una modalidad de cortejo caracterizada por la insistencia, la coacción y la agresión. La vigilancia ejercida sobre la madre se convierte en un desesperado llamamiento y en una persecución. En estos casos, las funciones de adaptación so-

cial del yo (especialmente el desarrollo del lenguaje modulado y relacionado con objetos) puede mostrar un retraso evolutivo, desarmonía o irregularidad; a ello sigue una conducta difusa y agresiva un tanto estereotipada como lo es arrojar cosas, dar golpes, etc., que no responde a ningún patrón, y que de no ser constrañida por el amor objetal y por temor a perder el amor del mismo, se puede determinar que en edad muy temprana el pequeño vuelva su agresión contra su propio cuerpo, constituyéndose así una enfermedad psicósomática.

En lo que a ésto se refiere Marta Békai escribe en 1984:

"La enfermedad psicósomática podría considerarse, sin embargo, como implícita en la etapa que se denomina de mezcla la dependencia-independencia, a cuya falla se adjudica una dependencia patológica, que es lo que en forma manifiesta o latente caracteriza a las enfermedades psicósomáticas."

Al final del período simbiótico, cuando comienza a darse la separación-individuación, la madre puede fallar de dos maneras opuestas. Por un lado, apurar la separación y estimular los intentos de independencia pero con brusquedad, sin reconocer que la necesidad de apoyo del niño sigue persistiendo juntamente con sus progresos en la autoafirmación, o bien, por el contrario, no permitir, bloquear los intentos de autoafirmación del bebé por necesidades narcisistas patológicas propias. Lo rechaza cuando se aleja y solo le mues-

tra afecto si da muestras de su dependencia. El niño teme-- perder el amor de su madre, y sin embargo quiere seguir inde-- pendizándose:

"Se enferma. Es éste tipo de relación madre-hijo - el que M. Sperling (1955-1968)⁽⁷³⁾ denomina psicoso-- mática."

Ambas conductas no empáticas refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño, crean resentimiento y rabia y al mismo tiempo una sensación de desamparo, de falta de amor. Amor y odio entran en conflicto. La agresión dirigida hacia el ob-- jeto querido y necesitado: La madre. Esta agresión se vuelve contra el niño y lo enferma.

En la primera etapa de la vida, las expresiones patoló-- gicas de llanto -el cólico del 3er. mes y el espasmo del sollozo- son respuestas somáticas a tensiones psíquicas (Békei 1984).

Marta Békei (1984), incluye al espasmo del sollozo dentro de los trastornos psicósomáticos; los cuales actualmente han recibido atención por parte de los psicoanalistas debido a sus implicaciones en el desarrollo, su dependencia de los cuidados maternos y su relación con los defectos de éstos. - Entre la serie de perturbaciones narcisistas que surgen en -

los diferentes momentos preedípicos de la evolución y debido a distintos defectos en la relación madre-hijo primitiva se ubican a las enfermedades psicosomáticas.

Las principales teorías psicoanalíticas del desarrollo están de acuerdo en señalar ciertos momentos lábiles del proceso de diferenciación. Son momentos de cambio en los que el infante reacciona con trastornos graves a fallas del medio que en períodos siguientes los tolerarían mejor.

"Una falla maternal en el primer período simbiótico desorganiza todo el proceso, crea confusión, psicosis. Hacia el final del período simbiótico y durante el período en el que el niño está en vías de comenzar a diferenciarse, estructurando un yo que le proporciona cierta capacidad defensiva. El impacto de la falla materna, por lo tanto, ya no provoca una desorganización total, sino una enfermedad más delimitada, a menudo una enfermedad psicosomática, Békéi (1984)."

En el momento culminante de la fase simbiótica, alrededor de los cinco meses de edad, podemos advertir el comienzo de la separación-individuación. Describe Mahler en sus estudios publicados en 1963 y 1963⁽⁷⁴⁾ que hay cuatro subfases características de la separación-individuación, que suponemos se dan en todos los niños normales.

La primera subfase del proceso de individuación, la diferenciación, comienza a los cinco o seis meses y dura cuatro o cinco meses. Se caracteriza por la disminución de la dependencia corporal respecto de la madre, que hasta entonces había sido total. Esta subfase coincide con el crecimiento madurativo de las funciones parciales locomotrices, como gatear, trepar y erguirse. Ahora el niño también comienza a mirar más allá de su campo visual inmediato (exploración) y hace progresos en la coordinación de ojos, y boca; comienza a expresar un placer activo en el uso de todo su cuerpo, muestra interés por los objetos y por llegar a metas y se vuelve activamente al mundo exterior en busca de placer y estímulos. La investigación sensoriomotriz primitiva del rostro, los cabellos y la boca de la madre es característica de este período, así como lo son los juegos de desaparición y reaparición incitados por la madre y luego practicados por el bebé.

La segunda subfase de la separación-individuación es el período de ejercitación. Comienza en cualquier momento después del décimo mes; dura hasta alrededor de los quince meses de edad. Ahora el niño aumenta cada vez más su ejercitación de las facultades motrices y la exploración de su ambiente en expansión, tanto el humano como el inanimado. Esto es así tanto si ha comenzado a caminar como si está adquiriendo eficiencia en el gateo ordinario, en la acción de erguirse o en la de arrastrarse rápidamente sobre el abdomen. La principal ca-

racterística de ésta subfase es la gran catexia narcisista - del niño en sus propias funciones y en su propio cuerpo, así como en los objetos y metas de su creciente investigación de la realidad. Generalmente hacen poca mella en él los porrazos, caídas y otras frustraciones, como por ejemplo que otro niño le arrebatase un juguete. Los adultos conocidos son generalmente aceptados como sustitutos de la madre, en un medio al que el niño está acostumbrado.

La tercera subfase, el reencercamiento, comienza cuando el niño ya es capaz de andar y dura alrededor de los veintidós meses. A medida que va dominando la locomoción, el niño adquiere conciencia de que ahora es capaz de apartarse de su madre. Esta circunstancia le provoca placer por su dominio y le provoca también la angustia de separación.

A mediados del 2º año, cuando el bebé se ha convertido en un niño que camina con cierta soltura, adquiere cada vez más conciencia de su separación física y con esa conciencia a perder su anterior impermeabilidad a la frustración y su relativo olvido de la presencia de la madre.

Durante todo el período de separación-individuación, pero especialmente durante las subfases de ejercitación y reencercamiento, la maduración del aparato psíquico, especialmente del aparato motor y de la cognición, hace que el yo del pequeño adquiera conciencia de su carácter separado. En ese

momento debe afrontar la necesidad de la separación emocional de su madre, cuando precisamente afronta también una realidad exterior en expansión. El relativo, olvido de la presencia de la madre, característico de la 2a. subfase, es reemplazado -- por activos intentos de aproximarse a ella. La tercera subfase se caracteriza por una preocupación aparentemente constante de conocer el paradero de la madre.

La cuarta subfase se caracteriza por el desarrollo de -- complejas funciones cognitivas, la comunicación del yo, que se da desde los veinte o los veintidos hasta los treinta y -- seis meses, y la individuación; al establecerse representaciones mentales del sí mismo como algo claramente separado de -- las representaciones del objeto, se prepara el camino que conduce a la constancia objetal. Es decir, la presencia continua de la madre ya no será tan imperativa.

C A P I T U L O 4

METODO DE LA INVESTIGACION

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de la salud mental del DIF ubicado en Boulevard Adolfo - López Mateos N° 2905, el cual fue elegido debido a que cuenta con una población de pacientes que padecen (entre otros - problemas) espasmo del sollozo muy amplia, ya que éstos son referidos de otras instituciones del mismo subsistema en el D.F. así como del resto de la República. Se trabajó con 2 -- grupos de madres de pacientes, de los cuales uno fungió como grupo experimental y el otro como grupo control.

Se trata de un estudio de campo del tipo prueba de hipótesis, debido a que se efectuaron predicciones específicas - en relación a hipótesis formuladas con precisión (Katz, ---- 1953). Es a su vez un estudio ex post facto debido a que no se manipularon las variables independientes, sino que se realizó el trabajo de investigación una vez que el problema ya se había presentado en los niños (Espasmo del Sollozo).

Dentro de los objetivos principales de la investigación está el aumentar la familiaridad del investigador con el fenómeno que nos compete, en un marco mejor estructurado; aclarar algunos conceptos establecer sugerencias para futuras investigaciones y reunir datos acerca del manejo práctico de - éstos pacientes en su vida cotidiana.

En general, se trata de una investigación que se llevó a cabo para obtener la experiencia necesaria acerca del tema como para abrir las posibilidades para la formulación de hipótesis relevantes más específicas para una investigación más definitiva.

4.1 Hipótesis de trabajo.

a) Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad entre el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo y en el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad entre el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo y el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

b) Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de las escalas clínicas del MMPI en el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo y el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de las escalas clínicas del MMPI en el grupo de madres de niños con Espasmo

del Sollozo y el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

c) Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de tendencia a la sobreprotección en el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo y el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de tendencia a la sobreprotección en el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo y el grupo de madres de niños sin espasmo del sollozo.

4.2 Definición de Variables.

La definición de las variables en base a la conceptualización de Bourdon y Lazarfeld (1973) es la siguiente:

4.2.1. Variables Independientes:

Madres de niños con espasmo del sollozo: aquellas madres de niños que presentan crisis de llanto, apnea, cianosis, opistotonía, pérdida del conocimiento, movimientos clónicos y posterior recuperación ante un estímulo externo de frustración o dolor.

Madres de niños sin espasmo del sollozo: las madres de los niños que presentan otros padecimientos exceptuando al espasmo del sollozo.

4.2.2. Variables Dependientes:

a) Ansiedad materna.

Definición conceptual: la ansiedad estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos concientemente percibidos, y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes.

Definición operacional: La ansiedad rasgo y estado se entenderán como los puntajes elevados en las escalas de ansiedad rasgo-estado, IDARE.

b) Los rasgos de la personalidad de las madres.

Se definen de acuerdo a la concepción del ma-

nual del MMPI de las escalas clínicas:

- 1) Hipocondriasis.
- 2) Depresión.
- 3) Histeria.
- 4) Desviación Psicopática.
- 5) Masculinidad-Feminidad.
- 6) Paranoia.
- 7) Psicastenia.
- 8) Esquizofrenia.
- 9) Hipomanía.

Cada una de las características mencionadas se definen operacionalmente como los puntajes obtenidos en cada una de las escalas.

c) Sobreprotección Materna.

Se adoptó la definición de Levy (1943) diciendo que la sobreprotección materna se expresa por actitudes de contacto excesivo, infantilización, obstaculización del comportamiento independiente, todo aunado a un exceso o falta de control maternal. Es decir, que la madre no esté apta para modificar la conducta del niño o bien cuando es excesivamente dominante.

La definición operacional de sobreprotección-

materna se entiende como las actitudes hacia la sobreprotección elevadas a los puntajes -- elevados obtenidos en los resultados del cuestionario realizado.

4.3 Selección de la Muestra.

Sujetos: Se seleccionaron los sujetos por medio de un muestreo no probabilístico por cuotas, ya que se dividió a la población de acuerdo al sexo, edad, estado civil, etc.

Grupo Experimental:

- Está formado por 20 sujetos de sexo femenino.
- Madres de un hijo al que se le ha diagnosticado - Espasmo del Sollozo en el INSN del DIF.
- Con edades variables entre los 20 y 30 años.
- Nacionalidad mexicana.
- Procedentes del D.F. y zonas suburbanas.
- Nivel socio-económico medio-bajo. En base a la -- clasificación llevada a cabo por trabajo social - en el DIF.
- Escolaridad mínima de 6° año de primaria y máxima de 3° de secundaria.

Grupo Control:

- Está formado de 20 sujetos de sexo femenino.
- Madres de niños con algún trastorno conductual aje

- no al Espasmo del Sellozo diagnosticado en el INSM del DIF.
- Con edades variables entre los 20 y los 30 años.
 - Nacionalidad mexicana.
 - Procedentes del D.F. y zonas suburbanas.
 - Nivel socio-económico medio-bajo. En base a la clasificación llevada a cabo por trabajo social en el DIF.
 - Escolaridad mínima de 6° año de primaria y máxima de 3° de secundaria.

4.4 Instrumentos.

4.4.1. El inventario multifásico de la personalidad MMPI.

El cuál está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad. Las escalas del MMPI están construidas y comprobadas mediante validez cruzada.

Consta de nueve escalas para uso clínico que fueron denominadas de acuerdo con las condiciones de anormalidad en que se basó su construcción. Y de 4 escalas de validez. El MMPI está constituido por 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas que pueden ser divididas en tres categorías:

Cierto.

Falso.

No puedo decir.

Las escalas clínicas del MMPI son las siguientes:

Clave	Nombre de la escala	No. de reactivos.
1-Hs	Hipocondriasis	33
2-D	Depresión	60
3-Hi	Histeria	60
4-Dp	Desviación Psicopática	50
5-MF	Masculinidad-Feminidad	60
6-Pa	Paranoia	40
7-Pt	Psicastenia	48
8-Es	Esquizofrenia	78
9-Ma	Hipomanía	46
0-Is	Introversión Social	70

Las escalas de validez son:

Clave	Nombre de la escala	No. de reactivos.
?	Frases omitidas	-
M	Mentira	15
F	Validez	64
K	Corrección	30

La calificación del cuestionario se llevó a cabo de acuerdo al manual de calificación del MMPI.

Descripción de las Escalas del MMPI

Escala de frases omitidas.- La cantidad de frases sin contestación afecta a las demás escalas y, cuando es muy alta, invalida las otras. Se ha encontrado que pacientes psiquiátricos confusos, distraídos, agitados, deprimidos, paranoides, histéricos, etc., ofrecen una alta puntuación de este tipo, es decir un puntaje mayor de 30.

Escala L.- Cuando ésta escala está elevada (en algún puntaje de 5 a 10), se puede resumir que se trata de un sujeto cuya principal intención es de causar buena impresión y negar faltas, convencionalismo, rigidez y sobrevaloración de sí mismo. También características neuróticas como el exagerado uso de defensa, falta de comprensión de sus propios problemas y somatización.

Escala F.- Los sujetos normales generalmente obtienen una puntuación de 3 a 7 en esta escala, que está integrada por 64 frases. Una puntuación alta de la escala F se debe a perturbaciones emocionales.

Escala K.- Se ha encontrado que opera como índice de ciertas actitudes defensivas y exhibicionismo psicológico. Las personas que obtienen una alta puntuación en ésta escala (mayor de 20) son descritas generalmente como emprendedoras,

ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa y versátiles. En cambio, una baja puntuación (menor que 5) caracteriza a sujetos desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos, con personalidad desorganizada y con un concepto muy pobre de sí mismo.

1-Hs (Hipocondriasis).- La puntuación elevada (mayor de 15) se asocia con sujetos que presentan cansancio, inactividad, letargo, tendencia a sentirse enfermos, insatisfechos, derrotistas, egoístas, narcisistas y pesimistas. Las puntuaciones bajas (menor de 10) se encuentran en personas que tienen muy poca o ninguna preocupación somática.

2-D (Depresión).- Las puntuaciones altas (mayor de 25) se presentan en personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, se preocupan demasiado, son emotivas, de temperamento nervioso, generosas y sentimentales. Las puntuaciones bajas (menor que 15) revelan ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismo, actividad, energía, estabilidad, inquietud, impulsividad, comunicación y espontaneidad.

3-Hi.- (Histeria).- Los sujetos que presentan puntuaciones altas (mayores a 25), se caracterizan por ser, idealistas, ingenuos, perseverantes, sociables, comunicativos, afectuosos, sentimentales, individualistas, infantiles, impacien-

tes, entusiastas, accesibles y colaboradores en actividades sociales. Cuando encontramos puntuaciones bajas (menos de -- 15), nos encontramos con sujetos generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas, restringidas y sin interés en la vida social agitada.

4-Dp (desviación psicopática).- Los sujetos con puntuación alta (mayor de 25) son rebeldes cínicos, desobedientes, agresivos, egoístas, entusiastas, francos e individualistas. Las puntuaciones bajas (menor que 15) se dan en los perfiles de personas convencionales y con pocos intereses, sumisas, - complacientes, persistentes, un poco tímidas, sinceras y con fiables.

5-Mf (Masculino-Femenino).- Las puntuaciones altas (mayor que 40) en las mujeres se refiere a características domi nantes. Las puntuaciones bajas (menor a 30 es índice de mo-- destia, idealismo, sentido común, aunque a menudo puede re-- presentar una pasividad masoquista.

6-Pa (Paranoia).- Las puntuaciones altas (mayor a 11) - indican que se trata de un sujeto perfeccionista, difícil de conocer, terco, emotivo, sensible en sus relaciones interper~~er~~ sonales, y dados a preocuparse de lo que otros puedan pensar u opinar de él. Cuando se trata de puntajes bajos (menor a - 5), indican que se es equilibrado, serio, maduro, razonable, confiable e íntegro.

7-Pt (Psicastenia).- La mujer con puntuación alta (mayor de 30), es sensitiva, emotiva, dada a la preocupación excesiva y con una variedad de componentes neuróticos. Una puntuación baja (menor que 20), se observa en sujetos que no tienen tendencia a preocuparse.

8-Es (Esquizofrenia).- Las personas que no son diagnosticadas como esquizofrénicas, pero que ofrecen una alta puntuación en esta escala (mayor que 30), tienen generalmente patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los adultos con una puntuación elevada en esta escala tienen mentalidad esquizoide. Estas personas son raras, peculiares, aisladas y extrañas. Tienen dificultades en sus relaciones interpersonales, apatía y poco talento social. La puntuación baja (menor a 15), se observa en personas equilibradas, productivas, sumisas, convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

9-Ma (Hipomanía).- El sujeto normal que presenta una puntuación alta (mayor a 20), en esta escala es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que le rodean. Las personas con puntuación baja en esta escala (menor que 15) son modestas, convencionales, aisladas y humildes.

0-Is (Introversión social).- Las puntuaciones altas en esta escala (mayor a 40) indican una tendencia a la introversión

sión, son apáticas, tímidas, inseguras, modestas, indecisas, lentas, rígidas, inflexibles, controladas, inhibidas y desconfiadas. Las personas con puntuaciones bajas se relacionan con la extroversión (menor que 15) y son personas entusiasmadas, versátiles y sociables, seguros en sí mismos y atrevidos.

4.4.2. Inventario de Ansiedad.

Rasgo-Estado IDARE del Dr. Charles D. Spielberger y el Dr. Rogelio Díaz-Guerrero.

Está constituido por dos escalas separadas de auto evaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad:

- a) Ansiedad-Rasgo.
- b) Ansiedad-Estado.

La escala Ansiedad-Rasgo consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.

La escala Ansiedad-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

Los conceptos de Ansiedad-Rasgo y de Ansiedad-Estado en los que se fundamenta la construcción del IDARE, son considerados a mayor detalle por Spielberger (1966). El IDARE está-

diseñado para ser autoadministrado, puede aplicarse individualmente o en grupo. No tiene límite de tiempo. El examinado responde a cada uno de los reactivos llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. Las instrucciones de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE están impresas y serán leídas a las personas examinadas para evitar errores de comprensión de la consigna.

La calificación del cuestionario se llevará a cabo de acuerdo al manual de evaluación del inventario de A-Rasgo, A-Estado IDARE. La dispersión de posibles puntuaciones para el "inventario de autoevaluación del IDARE" varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo. Hay plantillas para la calificación manual de las escalas. Se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. Los puntajes altos indican ansiedad elevada, y los puntajes bajos indican ansiedad disminuida.

4.4.3. Cuestionario de sobreprotección.

Este cuestionario, fué diseñado para esta investigación con el objeto de evaluar la tendencia de las madres hacia la hiperprotectividad de sus hijos. Fue diseñado también, con el propósito de

establecer juicios objetivos sobre el trato sobreprotector que reciben los niños. Cabe mencionar que no ha sido comprobada su validez ni confiabilidad estadística. Sin embargo, ha funcionado como un punto de referencia en la investigación. Se trata de un cuestionario de 24 preguntas para contestar una de 5 opciones. A cada una de las opciones le fue asignado un valor de 1 a 5 puntos. Se calificó con una escala tipo Lickert siendo el puntaje máximo de 120 y el puntaje mínimo de 24, a mayor puntaje mayor la tendencia a sobreproteger a los hijos, y a menor puntaje menor tendencia a la sobreprotección materna. Los reactivos cuya puntuación se invirtió son los siguientes:

3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, y 23.

4.5 Diseño de la Investigación.

Se trata de un estudio de campo de tipo EXPOST-FACTO, ya que la medición se hizo después de que el suceso aconteció, no se hizo ninguna manipulación de variables.

4.6 Procedimiento.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el INSM a partir del mes de Marzo de 1985 al mes de Abril de 1986. Se llevaron a cabo un promedio de 7 entrevistas por paciente duran

te las cuales se recopilaron datos desde la entrevista inicial acerca del motivo de consulta, padecimiento actual, historial clínico y tratamiento, el cual consiste en lo que al servicio de psicología corresponde, en el adiestramiento de la madre en técnicas conductuales de modificación de conducta y de establecimiento de repertorios básicos, que comprenden los repertorios generalizados de apoyo (imitación, control instruccional, discriminación y atención) (E. Ribes --- ñesta, 1979). Y para aquéllos pacientes en los cuales fue necesario, se instruyó en el reforzamiento e instauración de las conductas de autocuidado.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en -- dos sesiones por madre una vez habiéndose cumplido con los puntos anteriores mencionados, dada la prioridad siempre así considerada, de la atención y tratamiento de las necesidades de los pacientes. El tiempo de duración de las sesiones fue de 50 minutos cada una con una frecuencia de 2 veces por mes durante los primeros 2 meses y posteriormente se citó una -- vez por mes para la supervisión y seguimiento de los pacientes.

4.7 Reporte del Estudio Piloto.

Se llevó a cabo un piloteo del cuestionario de sobreprotección materna, diseñado para ésta investigación con el objetivo de conocer la calidad de los reactivos de éste y defi

nir hasta qué punto el cuestionario midió lo que pretendía medir, la claridad de éste, etc.

De ésta forma se pudieron llevar a cabo las correcciones que fueron necesarias. El cuestionario piloto estuvo formado por 40 reactivos que fueron siendo anulados debido a que se reportaron como "no se entiende", siendo algunos poco claros y otros debido a que incluyeron actitudes maternas que deben darse normalmente por razones obvias de seguridad y cuidado del infante en el hogar. En el anexo 4 aparece la lista de reactivos deshechados.

El estudio piloto del cuestionario se llevó a cabo con 5 madres de niños con Espasmo del Sollozo y 5 madres de niños sin Espasmo del Sollozo, todos ajenos al grupo experimental y al grupo control.

CAPITULO 5

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico elegido fue el de la prueba t - debido a que los instrumentos utilizados son escalas intervalares y a que se utilizaron 2 grupos independientes.

5.1 Resultados.

MMPI:	Escala L
Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 5.15	4.4
SD - 2.45539149	1.984147702
Valor t	- 1.062
Grados de Libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .05

El valor t calculado es menor que $t_t(2.021)$, se acepta la H_0 en un nivel del .05. No existe diferencia significativa entre las dos medias.

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 9.55	5.9
SD - 3.561120462	3.726152241

Valor t	- 3.167
Grados de libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .01

El valor t calculado es mayor que t_c (2.704), se rechaza H_0 en un nivel de .01. Existe diferencia significativa -- entre las dos medias.

Escala K:

Grpo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 10.95	12.45
SD - 3.70596958	4.454152409
Valor t	- 1.158
Grados de libertad	- 38
Nivel de significancia	- .05

El valor t calculado es menor a t_c (2.021), se acepta -- la H_0 a nivel de .05. No existe diferencia significativa entre las dos medias.

Escala Hs:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 16.15	14.45

SD - 5.878372492 2.56443284

Valor t - 1.185

Grados de Libertad - 38

Nivel de Significancia - .05

El valor t calculado es menor a t_t (2.021), se acepta la H_0 a nivel de .05. No existe diferencia significativa entre las dos medias.

Escala D:

Grupo Experimental Grupo Control

N - 20 20

M - 29.55 21.3

SD - 4.559258943 4.027536795

Valor t - 6.065

Grados de Libertad - 38

Nivel de Significancia - .001

El valor t calculado es mayor que t_t (3.551), se rechaza la H_0 en un nivel de .001. Existe diferencia significativa entre las dos medias.

Escala Hi:

Grupo Experimental Grupo Control

N 20 20

M	-	20.15		20.25
SD	-	6.922693422		6.45521197
Valor t			-	.017
Grados de Libertad			-	38
Nivel de Significancia			-	.1

El valor t calculado es menor que t_{α} (1.684), se acepta la H_0 en un nivel de .1. No existe diferencia significativa entre las dos medias.

Escala Dp:

Grupo Experimental		Grupo Control	
N	-	20	
M	-	23.45	
SD	-	5.744333592	
Valor t		-	1.021
Grados de Libertad		-	38
Nivel de Significancia		-	.314

El valor t calculado es menor a t_{α} (1.684), se acepta la H_0 . No existe diferencia entre las medias.

Escala MF:

Grupo Experimental		Grupo Control
N	-	20

M	-	31.8	33.55
SD	-	3.805812729	3.034451307
Valor t	-	1.608	
Grados de Libertad	-	38	
Nivel de Significancia	-	.1	

El valor t calculado es menor a t_t (1.684), se acepta la H_0 en un nivel de .1. No existe diferencia significativa entre las dos medias.

Escala Pa:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 11.5	10.5
SD - 4.442616583	2.438722703
Valor t	- .882
Grados de Libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .383

El valor t calculado es menor a t_t (1.684), se acepta la H_0 . No existe diferencia significativa entre las medias.

Escala Pt:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20

N	-	34.9	25.9
SD	-	8.097432992	5.590405314
Valor t	-		4.09
Grados de Libertad	-		38
Nivel de Significancia	-		.001

El valor t calculado es mayor que t_c (3.551), se rechaza la H_0 en nivel de significancia de .001. Existe diferencia significativa entre las 2 medias.

Escala Es:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 36.55	26
SD - 11.12831855	5.794734352
Valor t	- 3.76
Grados de Libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .001

El valor t calculado, es mayor que t_c (3.551) se rechaza H_0 en un nivel de significancia de .001. Existe diferencia significativa entre las medias.

Escala Ma:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20

M	-	19.95	19.6
SD	-	3.913203022	3.633180425
Valor t	-	.293	
Grados de Libertad	-	38	
Nivel de Significancia	-	.771	

El valor t calculado es menor que t_c (1.684), se acepta la H_0 . No existe diferencia significativa entre las medias.

Escalas:

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 39.25	32.3
SD - 6.306846739	6.087951864
Valor t	- 3.546
Grados de Libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .001

El valor t calculado es mayor que t_c (2.704) se rechaza la H_0 en un nivel de significancia de .001. Existe diferencia significativa entre las dos medias.

El valor t calculado es mayor que t_c (2.021), se rechaza la H_0 en un nivel de significancia de .05. Existe diferencia significativa entre las dos medias.

CUESTIONARIO DE SOBREPOTECCIÓN

Grupo Experimental	Grupo Control
N - 20	20
M - 72.75	63.15
SD - 11.69018932	14.06853525
Valor t	- 2.372
Grados de Libertad	- 38
Nivel de Significancia	- .05

El valor t calculado es mayor que t_c (2.021), se rechaza la H_0 en un nivel de significancia de .05. Existe diferencia significativa entre las dos medias.

5.2 Resultados del Análisis Estadístico del MMPI.

Escala	t /calculada	t /tablas	H_0	nivel de sig nificancia.
L	1.062	2.021	aceptada	.05
F	3.167	2.704	rechazada	.01
K	1.158	2.021	aceptada	.05
Hs	1.185	2.021	aceptada	.05

D	6.065	3.551	rechazada	.001
Hi	.047	2.021	aceptada	.05
Dp	1.021	2.021	aceptada	.05
MF	1.608	2.021	aceptada	.05
Pa	.882	2.021	aceptada	.05
Pt	4.09	3.551	rechazada	.001
Es	3.76	3.551	rechazada	.001
Ma	.293	2.021	aceptada	.05
Is	3.546	2.704	rechazada	.001

Los resultados del análisis estadístico del MMPI aquí presentados, demuestran que existen diferencias significativas en los puntajes entre ambos grupos en las escalas F, D, Pt, Es, e Is. Siendo los puntajes más elevados para el grupo experimental.

5.3 Resultados del Análisis Estadístico del IDARE

	t/calculada	t/tablas	Ho	nivel de significancia.
A-Rasgo	2.874	1.684	rechazada	.1
A-Estado	2.347	2.021	rechazada	.05

Los resultados del IDARE demuestran que existen diferencias significativas en ambos puntajes de las escalas entre los grupos, siendo mayores los puntajes de ansiedad para el grupo experimental.

5.4 Resultados del Análisis Estadístico del Cuestionario de Sobreprotección.

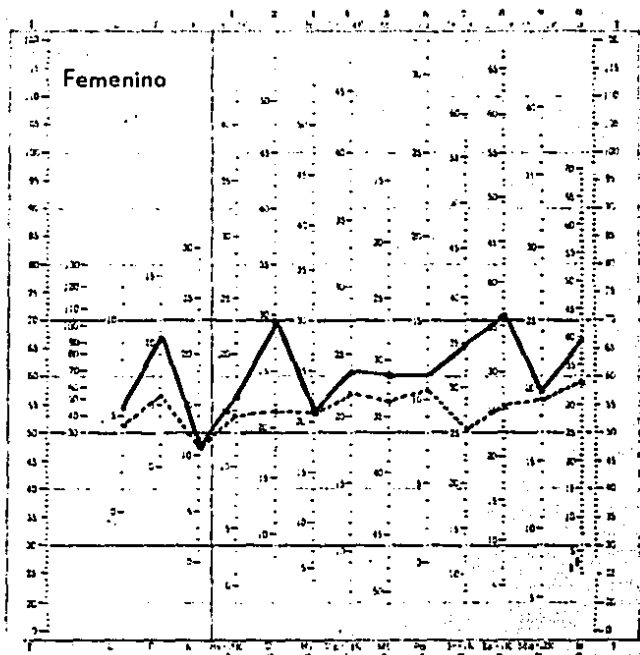
t/calculada	t/tablas	Ho	nivel de significancia.
2.372	2.021	rechazada	.05

Los resultados del cuestionario de sobreprotección demuestran que existe una diferencia significativa entre los puntajes entre ambos grupos.

El significado de éstos resultados se explican en Interpretación y discusión de los resultados.

5.5 Perfiles obtenidos del MMPI para ambos grupos.

(Control y Experimental):



—————Experimental.

-----Control.

CAPITULO 6

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1 Interpretación y Discusión de los Resultados.

6.1.1. Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.

En la escala L (introducida por Hathaway y McKinley en 1951), para evaluar el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba, no presenta diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo, se observa que el grupo experimental ($m=5.15$), tiende a cubrir sus faltas personales socialmente inaceptables, a diferencia del grupo control que tiende a reportar un puntaje menor ($m=4.4$) lo cual implica que los sujetos del grupo control mostraron mayor confianza en sí mismas y adecuación social.

En la escala F (que sirve para considerar el nivel de defensividad de los sujetos), encontramos que el grupo experimental ($m=9.55$), presenta una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo control ($m=5.9$), en un nivel de significancia de .01. Lo que indica que el grupo experimental presenta como generalidad una tendencia a la inestabilidad y a los desórdenes de carácter (Núñez, Rafael; --- 1979), y el grupo control hace una aparente adaptación y convencionalismo que puede también reflejar los intentos defensivos en los miembros de éste grupo por esconder su ten-

sión emocional y aprehensión (Núñez, Rafael; 1979).

En la escala K (que opera como escala de corrección para las escalas clínicas: Hs, Dp, Es, y Ma, pero también como índice de ciertas características de personalidad) se observa que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental y control, siendo en ambos la tendencia hacia un puntaje menor a T=50 (en el perfil), se indica entonces, una adaptabilidad general y normalidad en los grupos.

En la escala Hs (hipocondría), no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental ($m=16.15$) y control ($m=14.45$). Sin embargo, se observa que existe, por parte del grupo experimental una tendencia mayor hacia la preocupación por el propio cuerpo y narcisismo.

Acorde con lo esperado, y según lo planteado en la investigación teórica, la escala D (Depresión) muestra una diferencia estadísticamente significativa, en donde el grupo experimental ($m=29.5$) muestra una franca tendencia hacia la depresión con respecto al grupo control ($m=21.3$), en un nivel de significancia de .001.

En la escala H1 (Histeria), nos encontramos con que no existe diferencia significativa entre el grupo experimental ($m=20.1$) y el grupo control ($m=20.2$).

Para la escala Dp (desviación psicopática), no existe diferencia significativa entre los puntajes obtenidos de los grupo experimental ($m=23.4$) y control ($m=22$).

Para la escala MF (masculinidad-feminidad), no existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos de los grupos experimental ($m=31.8$) y control ($m=33.5$).

Para la escala Pa (Paranoia), igual que en las escalas anteriores, no existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos de los grupos experimental ($m=11.5$) y control ($m=10.5$).

Existe una diferencia claramente significativa en la escala Pt (psicastenia) entre el grupo experimental ($m=34.9$) y el grupo control ($m=25.9$), en un nivel de significancia de $.001$. Sabemos que, actualmente el término psicastenia se encuentra en desuso, pero las características de ella que se incluyen en éste caso son las reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas. Encontramos que el grupo experimental presenta dificultades en la toma de decisiones, excesiva preocupación actos compulsivos y ritualistas, perfeccionismo, ansiedad, inseguridad, desconfianza en sí mismo y la característica de sentimientos de culpa constantes (Núñez, Rafael; 1979).

Existe una diferencia altamente significativa en la escala Es (Esquizofrenia entre el grupo experimental ($m=36.5$)-

y el grupo control ($m=26$) en un nivel de significancia del $.001$. Lo que es indicativo de que en lo que respecta al grupo experimental, tenemos que existe una tendencia hacia una mentalidad esquizoide, cuando ésto, evidentemente no implica un diagnóstico de esquizofrenia, sino una caracterización -- por patrones sintomáticos complicados, como lo son una hostilidad incontrolada, falta de introspección en sus problemas de personalidad y manifestaciones hipocondríacas (Núñez, --- Rafael; 1979).

En la escala Ma (Manía), se observa que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental ($m=19.9$) y control ($m=19.6$).

En la escala Is (Introversión-Extroversión), se encuentra que existe una diferencia altamente significativa entre los grupos experimental ($m=39.2$) y control ($m=32.3$), siendo mayor la media del grupo experimental en un nivel de significancia de $.001$. Demostrándose así, que el grupo experimental presenta como algunas de sus características, actitudes de reserva, timidez y aislamiento; a diferencia del grupo control que muestra una capacidad normal para establecer relaciones sociales.

6.1.2. IDARE: Ansiedad-Rasgo/Estado.

Para el cuestionario de Ansiedad-Rasgo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos expe-

perimental ($m=48.8$) y control ($m=40.4$), siendo la media mayor del grupo experimental en un nivel de significancia de .001.

Para el cuestionario de Ansiedad-Estado, igual que en el anterior, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental ($m=43.7$) y control ($m=36.8$), en un nivel de significancia de .05. Implicando así, que el grupo experimental tiende a presentar niveles de ansiedad mayores tanto en la variedad de estado de ansiedad durante la situación de prueba, como en la tendencia hacia la ansiedad como rasgo característico de personalidad en su vida cotidiana.

6.1.3. Cuestionario de Sobreprotección.

Existe diferencia estadísticamente significativa claramente observable entre el grupo experimental ($m=72.8$) y el grupo control ($m=63.1$) en un nivel de significancia de .05. Lo que se traduce en que las madres que constituyen el grupo experimental, presentan una mayor tendencia hacia las actitudes sobreprotectoras que las madres del grupo control.

Entonces, en base a los hallazgos hechos por medio de las pruebas, se puede hacer un perfil característico de la personalidad de las madres de los niños que padecen Espasmo del Sollozo. En el inventario multifásico de la personalidad MMPI se obtuvieron resultados que justifican el siguiente perfil:

Las madres estudiadas presentaron una mayor necesidad de ser aceptadas socialmente, mayor defensividad, tensión emocional y aprehensión como se demostró con los puntajes obtenidos en la escala F. Así mismo, presentaron una mayor tendencia hacia la Depresión, la cual podría aparentar ser de naturaleza reactiva al padecimiento del hijo, pero sin embargo, se trata de un rasgo de personalidad que pudo haber existido desde antes de que el padecimiento del hijo fuera desencadenado. En cualquiera de los casos, estamos hablando de -- una madre, con un nivel considerable de depresión y ansiedad (como se demostró también por medio de los resultados de ambas escala del IDARE), y sabemos que, éstas características van a determinar el tipo de relación de objeto que se presenta.

La depresión materna encontrada en el grupo experimental, produce un aumento en los problemas de crianza que mantienen el cuadro clínico del Espasmo del Sollozo. Por otro lado, sabemos que la depresión tiene entre muchas otras características, la falta de manifestaciones de hostilidad externa (Arieti y Bemporad, 1981), debido a que la agresividad es manejada en forma inadecuada, siendo transformada en sentimientos de culpa, se va así conformando un patrón de personalidad típico:

Ambivalencia, agresión encubierta transformada en sentimientos de culpa y otra característica más que se une al cu

dro que es la sobreprotectividad. Que como demostraron los resultados del cuestionario de sobreprotección, las madres de los niños con Espasmo del Sollozo presentaron una tendencia mayor a sobreproteger a sus hijos como un intento de com pensar el ejercicio "inadecuado y malo" de su maternidad.

La sobreprotectividad, sugiere además otras características de personalidad, que son una mayor obsesividad y mayores necesidades de control, lo que se comprobó en este estudio por medio de la elevación de los puntajes de la escala Pt para el grupo experimental. De acuerdo a la literatura -- (Núñez, Rafael; 1979) la elevación de la escala de psicastenia (Pt) incluye entre otras a tendencias como la obsesividad y Narcisismo.

Con el apoyo empírico en los puntajes significativamente elevados en las escalas de psicastenia y esquizofrenia -- del inventario MMPI obtenidos en el grupo experimental, y -- teórico en lo manifestado por Marta Békei en 1984, acerca de que el contacto íntimo de la madre con su bebé requiere de mucha empatía para poder captar y responder a las necesidades que la criatura comunica mediante su cuerpo y sus movimientos mediante sonidos no verbales. Una madre narcisista que no observa y no escucha las señales de su bebé, ni comprende lo que comunican y administra los cuidados según sus propias necesidades, viola el self de su hijo. Y dice Békei que ésto puede acarrearle consecuencias corporales directas-

como lo son hiperexcitación, insomnio y reacciones de protesta diversas que atacan y debilitan al propio infante ya sea produciéndole síntomas que obstaculizan su desarrollo. Entonces de acuerdo a lo mencionado y a los puntajes elevados en la escala de esquizofrenia (Es), nos encontramos con los rasgos de tendencias hacia el narcisismo, inaccesibilidad e impredecibilidad.

6.2 Conclusiones.

Si el modelo usado fue correcto y si el requisito de medición fue satisfecho, los hallazgos hechos a lo largo de esta investigación apoyados en la revisión bibliográfica, establecen los fundamentos para el planteamiento de un perfil característico de la personalidad encontrado en el grupo de madres de niños con Espasmo del Sollozo que fue estudiado. A continuación se enumerarán los rasgos o perfil de personalidad encontrados en dichas madres:

- 1.- Presentan una mayor necesidad de ser aceptadas socialmente, mayor defensividad, tensión emocional y aprehensión.
- 2.- Existen también una mayor preocupación por el cuerpo y narcisismo.
- 3.- Mayor tendencia hacia la depresión.
- 4.- Tendencias hacia la sobreprotección hacia sus hijos.
- 5.- Índices elevados de ansiedad como rasgo y como esta

do actual.

6.- Rasgos característicos de obsesividad y necesidades de control.

7.- Tendencias hacia el narcisismo, inaccesibilidad e impredecibilidad.

Entonces, queda establecido que, existen rasgos específicos de personalidad que caracterizan a las madres de los niños con Espasmo del Sollozo y que conforman un perfil característico que funciona sin duda como conservador del cuadro psicopatológico del infante.

6.3 Límites.

El trabajo de investigación aquí realizado y expuesto, presenta como principal limitación el que las conclusiones solo puedan aplicarse a la muestra seleccionada y no podrán aplicarse al universo, esto es debido a que, por el tipo de estudio que se realizó (expostfacto), no se manipuló la variable independiente, sino que la muestra seleccionada se tomó una vez que el Espasmo del Sollozo ya se presentaba en los infantes, y no fue una condición aplicada.

Se puede considerar una limitación también al tamaño de la muestra; sin embargo, se espera que el estudio sirva como una base para estudios más amplios.

Otra limitación del estudio fue que la muestra quedó li

mitada debido a la mortandad experimental, debido a el abandono de las madres o hijos a la consulta, debido posiblemente a que en su expectativa con respecto al tratamiento era de observar resultados a mayor brevedad.

También se presenta la limitación que da el tipo de muestreo no probabilístico por cuotas, se da el inconveniente antes mencionado, los resultados de la muestra no pueden generalizarse para toda la población, es decir, se logra una representatividad válida solo para la muestra.

6.4 Recomendaciones

Una vez que se encontró que existen diferencias claras entre los grupos en el tipo de ansiedad que presentan y en el tipo de protección al hijo, pueden plantearse un sinnúmero de estudios en los que se investigue específicamente la forma de relación de las madres con sus hijos para entenderlos determinantes de la conducta de sobreprotección y para entender la génesis de la angustia en relación con éstos hijos, porque como ya sabemos, en el Espasmo del Sollozo existen factores psicológicos, que a los profesionales de la salud que están relacionados con éste, conviene conocer para así crear niveles de prevención y tratamiento del Espasmo del Sollozo.

6.5 Sugerencias.

Para futuras investigaciones, se sugiere la utilización de instrumentos más finos que investiguen los factores de ansiedad y sobreprotección. Así como que se investigue más a fondo como fue la relación de éstas madres con sus propias madres y como es actualmente su relación de pareja.

Otra sugerencia es que éste estudio se lleve a cabo con poblaciones mayores para que las conclusiones sean más válidas.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Citado por Lombroso y Lerman, 1967. Breath-Holding Spells (yanotic and pallid infantile syncope). Pediatrics. Vol.- 39 N° 4 563-581 p.
- 2.- Citado por Bridge, Livingston y Tietze, 1943. Breath-Holding Spells. Journal of pediatrics. 23:539-561 p.
- 3.- ibid. 539 p.
- 4.- id.
- 5.- ibid. 546 p.
- 6.- ibid. 546, 547 p.
- 7.- ibid. 546 p.
- 8.- Lombroso y Lerman. 563 Op. Cit.
- 9.- id.
- 10.- Citado por Gastaut, 1957. Clinical Electroencephalography of children. New York. Ed. Kellaway y Petersén. Grune y - Statton. 257 p.
- 11.- Lombroso y Lerman. 563 p. Loc. Cit.
- 12.- ibid. 570 p.
- 13.- id.
- 14.- ibid. 563 p.

- 15.- ibid. 567 p.
- 16.- Gastaut. 210 p. Op. Cit.
- 17.- Lombroso y Lerman. 563 p. Op. Cit.
- 18.- Citados por Swainman, Wright, 1982. The practice of pediatric Neurology. St. Luois, Toronto, London. C.V. Mosby Co. 1076 p.
- 19.- Citado por Mahler, M. 1980. Simbiosis Humana: Vicisitudes de la individuación. México, Ed. Joaquín Mortiz. 304 p.
- 20.- Gastaut. 151 p. Op. Cit.
- 21.- Cf.
- 22.- Citado por Stephenson J.B.P. 1978. Reflex anoxic seizures (white breath-holding): nonepileptic vagal attacks. Archives of disease in childhood, 53, 193-200 p.
- 23.- ibid. 193 p.
- 24.- Lombroso y Lerman 580 p. Op. Cit.
- 25.- Swaiman, K. y Wright, F. 303 p. Op. Cit.
- 26.- Citado por A. Hinman, L1, Dickey. 1956. Breath-holding -- Spells. American Journal of diseases in children. 91:23--33 p.
- 27.- ibid. 23 p.
- 28.- id.
- 29.- A. Hinman, L1. Dickey. 24 p. Op. Cit.

- 30.- Lombroso y Lerman. 570 p. Op. Cit.
- 31.- id.
- 32.- ibid. 578 p.
- 33.- Citado por Whittaker, James. 1970. Psicología. México. Ed. Interamericana. 449 p.
- 34.- ibid. 450 p.
- 35.- ibid. 453 p.
- 36.- ibid. 455 p.
- 37.- ibid. 459 p.
- 38.- id.
- 39.- ibid. 463 p.
- 40.- ibid. 464 p.
- 41.- Citados por Bleger, José, 1979. Psicología de la conducta Buenos Aires Paidós. 274 p.
- 42.- id.
- 43.- id.
- 44.- Citado por Ajuriaguerra J. 1983. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, México. Masson. 758 p.
- 45.- Mahler, M. 1980 37 p. Op. Cit.

- 46.- id.
- 47.- Citados por Pollit, J. y Young, J. 1971.
- 48.- Ajuriaguerra J. 1983. 757 p. Op. Cit.
- 49.- Mahler, M. 1980. 25 p. Op. Cit.
- 50.- ibid. 26 p.
- 51.- ibid. 27 p.
- 52.- id.
- 53.- ibid. 25 p.
- 54.- ibid. 25 p.
- 55.- Citado por Mahler, M. 1984. Estudios 2. Separación Individualización. Buenos Aires. Paidós.
- 56.- ibid. 66 p.
- 57.- Mahler, M. 1980 26 p. Op. Cit.
- 58.- Mahler, M. 1984. 64 p. Op. Cit.
- 59.- ibid. 67 p.
- 60.- Citado por Spitz, R. 1969. El primer año de vida del niño México. Fondo de cultura económica. 204 p.
- 61.- Mahler, M. 1980. 37 p. Op. Cit.
- 62.- ibid. 29 p.

- 63.- Mahler, M. 1984 46 p. Op. Cit.
- 64.- Mahler, M. 1980. 25 p. Op. Cit.
- 65.- ibid. 36 p.
- 66.- ibid. 33 p.
- 67.- ibid. 29 p.
- 68.- Mahler, M. 1984. 17 p. Op. Cit.
- 69.- ibid. 13 p.
- 70.- Mahler, M. 1980. 37 p. Op. Cit.
- 71.- Citado por Bowlby-1985. La separación afectiva, Barcelona Paidós.
- 72.- Citado por Bellak y Small. 1983. Psicoterapia breve y de emergencia. México, Ed. Pax-México. 33 p.
- 73.- Citado por Békei, M. Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión. -- 72 p.
- 74.- Mahler, M. 1984. 16 p. Op. Cit.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. 4a. Ed. Masson. Barcelona-México.
- 2.- Arieti S. y Bemporad J. (1981). Psicoterapia de la Depresión. Paidós. Buenos Aires.
- 3.- Bakwin, Harry, M.D. y Bakwin, Ruth, M.D. (1966). Clinical management of Behavior Disorders in Children.
- 4.- Bókei, Marta (1984). Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- 5.- Bellak y Small. (1983). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Ed. Pax-México. México.
- 6.- Bowlby John. (1985). La separación afectiva. 1a. reimpresión. Paidós. Buenos Aires.
- 7.- Bleger, José. (1979). Psicología de la conducta. Paidós. Buenos Aires.
- 8.- Díaz-Guerrero, R. Spielberger, C.D. (1975). Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE. El manual moderno. México.
- 9.- Downie, N.M. Heath, R.W. (1973). Métodos estadísticos aplicados. 3a. Ed. Harla, S.A. de C.V. México.
- 10.- Erikson, Erik. (1980). Infancia y Sociedad. 8a. Ed. --- Hormé. Buenos Aires.

- 11.- Freud, Anna (1981). Normalidad y patología en la niñez. 4a. reimp. Paidós. Buenos Aires.
- 12.- Freud, Anna. (1984). Psicoanálisis del Jardín de Infantes y la educación del niño. 2a. reimp. Paidós. Barcelona-Buenos Aires-México.
- 13.- Gastaut. (1958). Clinical electroencephalography of children. Ed. Kelleway y Petersen. Grune y Statton, New York.
- 14.- Gesell Arnold, Amatruda Catherine. (1985). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. 1a. reimp. Paidós mexicana. México.
- 15.- Hathaway, S.R. Mc. Kinley, J.C. (1981). Inventario multifásico de la personalidad MMPI Ed. El manual moderno S.A. México.
- 16.- Jabbour, Dueñas, Gilmartin Jr. y Gottlieb. (1978). Manual de Neurología Infantil. Fondo educativo Interamericano S.A. Bogotá, Caracas, México, Panamá, Sn. Juan, Santiago y Sao Paulo.
- 17.- Kanner, Leo. (1935). Child Psychiatry. Ed. Charles C. - Thomas. Baltimore.
- 18.- Katz, Daniel (1972). Los estudios de campo en los métodos de investigación en ciencias sociales. Paidós. Buenos Aires.
- 19.- Levin, Jack. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. HARLA. México.
- 20.- Levy, David. (1966). Maternal Overprotection. Norton y Co. Inc. New York.
- 21.- Mahler, Margaret S. (1980). Simbiosis Humana: vicisitudes de la individuación. 2a. Ed. Joaquín Mortiz. México.

- 22.- Mahler, Margaret; Pine, F.; Bergman Anni. (1975). El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar. Buenos Aires.
- 23.- Mahler, Margaret. (1984). Estudios 2. Separación-Individuación. 1a. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- 24.- Mc. Guigan, F.J. (1980). Psicología experimental. 2a. - Ed. Trillas. México.
- 25.- Mitchell-Nelson. (1950). Textbook of pediatrics. 5a. Ed. Saunders Co. Philadelphia and London.
- 26.- Nelson, W.E.; Vaughan, V.; Mc. Kay, J. (1969). Textbook of pediatrics. 9a. Ed. Saunders Co. Philadelphia and London.
- 27.- Núñez, Rafael. (1979). Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI), a la psicopatología. 2a. Ed. El manual moderno, S.A. de C.V. México.
- 28.- Olivares, L. (1982). Neurología Práctica. 2a. Ed. Mendez Oteo. México.
- 29.- Seltiz, Claire (1968). Métodos de Investigación en las ciencias sociales. Ed. Rialp.
- 30.- Senn, Milton, M.D.; Solnit, Albert, M.D. (1968). Problems in child behavior and development. - Lea and Febiger. Philadelphia.
- 31.- Spitz, René A. (1969). El primer año de vida del niño. - Fondo de cultura económica. México.
- 32.- Siegel, Sidney. (1972). Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. - Ed. Trillas. México.

- 33.- Swaiman, Keneth F., M.D.; Wright, Francis S., M.D. ---- (1982). The practice of pediatric Neurology. 2a. Ed. C.V. Mosby Co. St. -- Louis, Toronto, London.
- 34.- Ribes Iñesta, E. (1979). Técnicas de modificación de -- conducta. 2a. Ed. Trillas. México.
- 35.- Rojas Soriano, R. (1987). Guía para realizar investiga- ciones sociales. 8a. Ed. Plaza y Val- des. México.
- 36.- Warren, Howard, C. (1979). Diccionario de Psicología. - 12a. reimp. Fondo de cultura económi- ca. México.
- 37.- Whittaker, James O. (1970). Psicología. 2a. Ed. Intera- mericana. México.
- 38.- Winnicott, D.W. (1981). Escritos de pediatría y psicoa- nálisis. Ed. LAIA. Barcelona.

Revistas.

- 1.- Abe, K., Oda, N., Anan, M. (1984). Natural history - and predictive significance of head-- banging, head-rolling and breath-hol- ding Spells. Developmental medicine - and child neurology. 26, 644-648 p.
- 2.- Bridge, Edward M.D. Livingston, Samuel M.D. Tietze, --- Christopher, M.D. (1943). Breath-hol- ding Spells, Journal of pediatrics. - 23: 539-561.
- 3.- Fergusson M.D., Hons B.A., Horwood, L.J. y Shannon, F.- T. (1984). Relationship of family li- fe events, maternal depression, and - child-rearing problems. Pediatrics. - vol. 73 N° 6 June.

- 4.- Hinman, Alanson; Dickey, Lloyd. (1956). Breath-holding-Spells in children, differentiation from epileptic attacks. J.A.M.A., June 29. vol. 212 N° 13, 2231-2234 p.
- 5.- Lombroso, Cesare T., M.D.; Lerman, Pinchas, M.D. (1967). Breath-holding Spells (cyanotic and pallid infantile syncope). Pediatrics vol. 39, N° 4, April; 563-581 p.
- 6.- Parker, Gordon; Lipscombe, Penny. (1981). Influences of maternal overprotection. Brit. J. -- Psychiat. 138, 303-311 p.
- 7.- Pelc, S. (1970). Contribution a l'etude des spasmes du sanglot. Revue Neurologique. Paris - tome 123, N° 1, 29-41 p.
- 8.- Pollit, John y Young, John. (1970). Reflex anoxic seizures (white breath-holding): Nonepileptic vagal attacks. Archives of disease in childhood. 53, 193-200 p.

A N E X O 1

1.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS 20 PACIENTES
CON ESPASMO DEL SOLLOZO

FEMENINO -- 5

MASCULINO - 15

TOTAL--- 20

2.

TIPO DE ESPASMO DEL SOLLOZO EN LOS 20
PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

	CIANOTICO	PALIDO	MIXTO
NIÑAS 5	5	0	0
NIÑOS 15	14	1	0
T O T A L 19	19	1	0

3.

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO DE LOS 20 PACIENTES CON ESPASMO DEL SOLLOZO

DE PRETERMINO - 5

A TERMINO - 15

4.

TIPO DE PARTO EN LOS 20 PACIENTES CON ESPASMO DEL SOLLOZO

VAGINAL - 11

CESAREA - 9

5.

PERIODO NEONATAL DE 20 PACIENTES CON -
ESPASMO DEL SOLLOZO

NORMAL	-	11
ANORMAL	-	9
TOTAL	-	20

6.

TABLA DE FRECUENCIA DE LOS PADECIMIENTOS QUE
SUFRIERON LOS 9 PACIENTES CON ESPASMO DEL SO
LLOZO CON PERIODOS NEONATALES ANORMALES.

HIPOXIA PERINATAL	---	3
ICTERICIA	---	5
CRISIS CONVULSIVAS	---	1
SUFRIMIENTO FETAL	---	1
OTROS	----	2*

*1°. UN PACIENTE PADECIO EDEMA CEREBRAL, POLI
CITEMIA, POLICALCEMIA E HIPOGLICEMIA.

2° EL SEGUNDO TUVO ANTECEDENTES DE NEUMOMIA
E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

7.

EXPLORACION NEUROLOGICA* EN LOS 20 PA
CIENTES CON ESPASMO DEL SOLLOZO.

NORMAL - 13

ANORMAL - 7

TOTAL - 20

- * LA EXPLORACION NEUROLOGICA SE LLEVO A CABO
EN EL AREA DE NEUROLOGIA EN EL INSM Y CONS
TA DE EVALUACION CLINICA Y EEG.

8.

ANTECEDENTES FAMILIARES EN LOS 20 PACIE
NTES CON ESPASMO DEL SOLLOZO.

EPILEPSIA -- 4

CRISIS FEBRILES -- 1

ESPASMO DEL SOLLOZO -- 9

SINCOPE -- 0

9.

TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS EN UN
GRUPO DE 20 PACIENTES CON ESPASMO DEL -
SOLLOZO.

BERRINCHES --- 20

AGRESION ELEVADA --- 9

SE DEFINE COMO TRASTORNO A MAS DE 3 EVENTOS
DIARIOS DE BERRINCHES ANTE CAIDAS O GOLPES -
LEVES, FRUSTRACIONES TALES COMO NO RECIBIR-
EL ALIMENTO RAPIDO O NO ACCEDER INMEDIATA--
MENTE A LOS DESEOS DEL NINO.

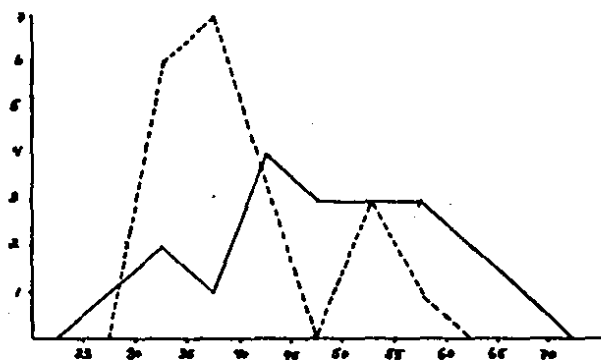
LA AGRESION ELEVADA SE DEFINIRA COMO LA CON-
DUCTA DE PEGAR, MORDER O RASGUÑAR A QUIENES
LE RODEAN CUANDO NO SE CUMPLEN SUS DESEOS -
INMEDIATOS.

A N E X O 2

IDARE

Ansiedad - Rasgo

----- Grupo control (co)
—— Grupo experimental (ex)

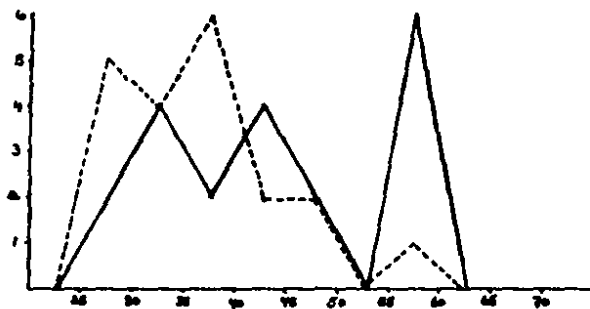


idem para todas las siguientes.

IDARE

Ansiedad - Estado

-----CO
-----EX

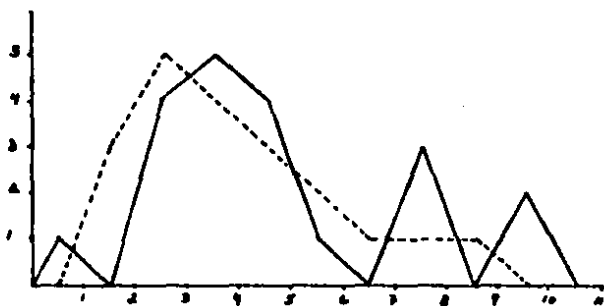


MMPI

L

-----co

———ex

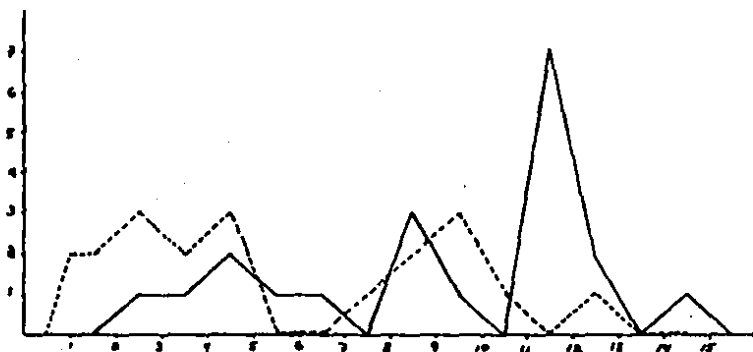


MMPI

F

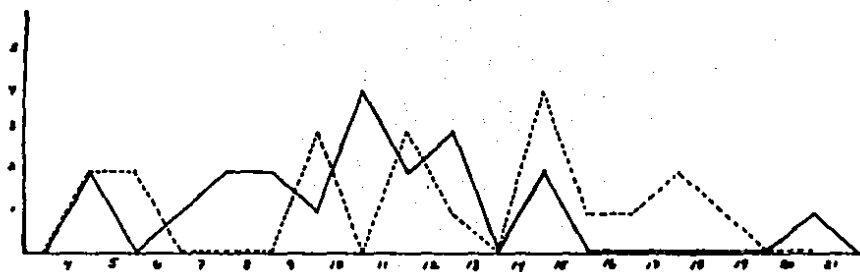
----- CO

———— EX

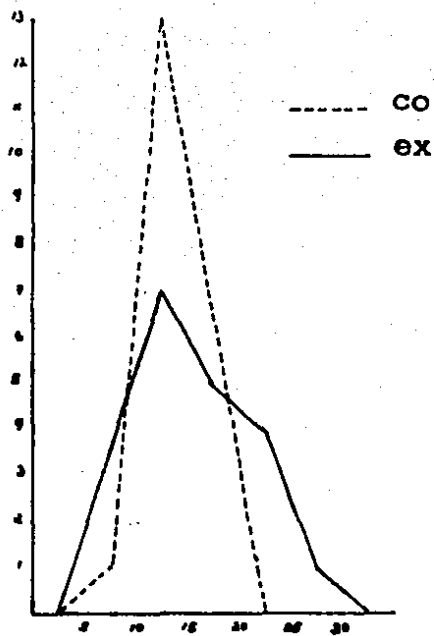


MMPI
K

----- CO
————— EX



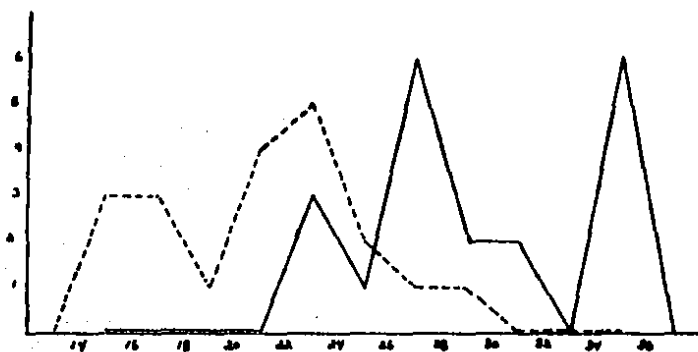
MMPI
Hs



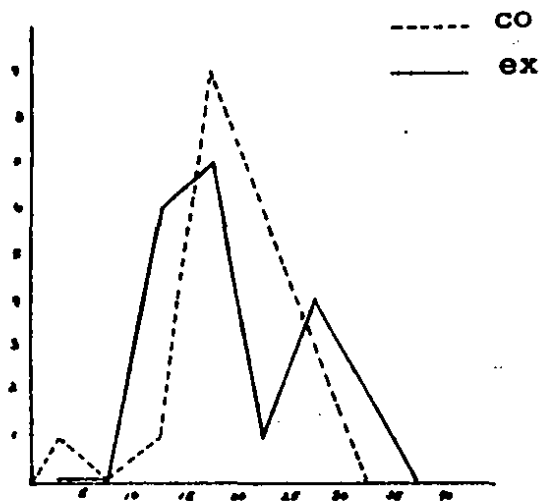
MMPI

D

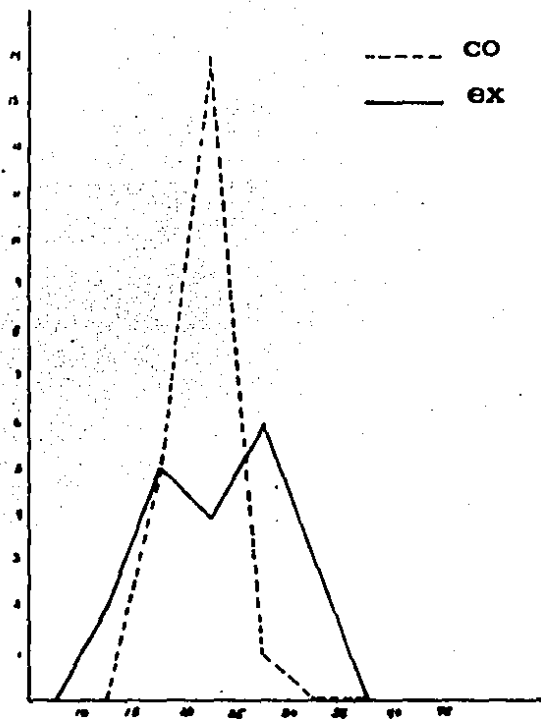
--- co
— ex



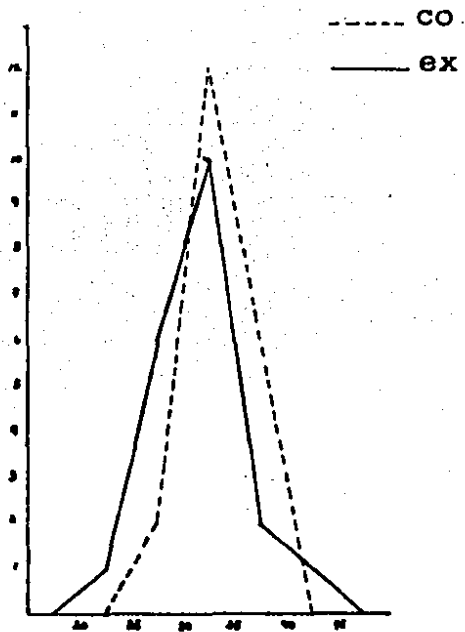
MMPI
Hi



MMPI
Dp

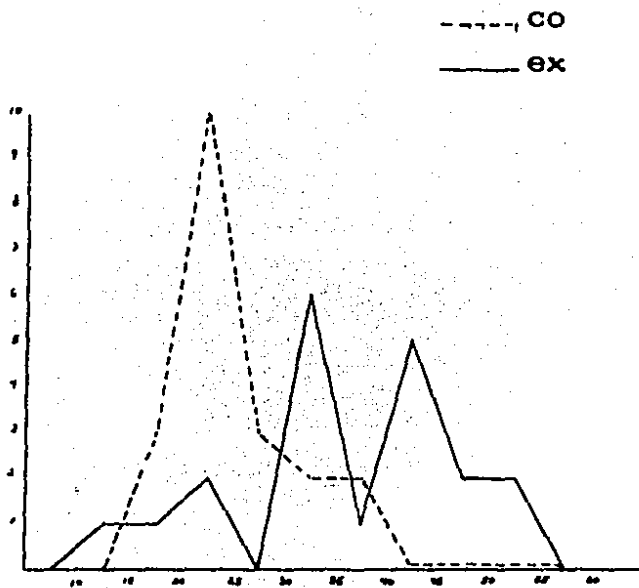


MMPI
MF



MMPI

Pa

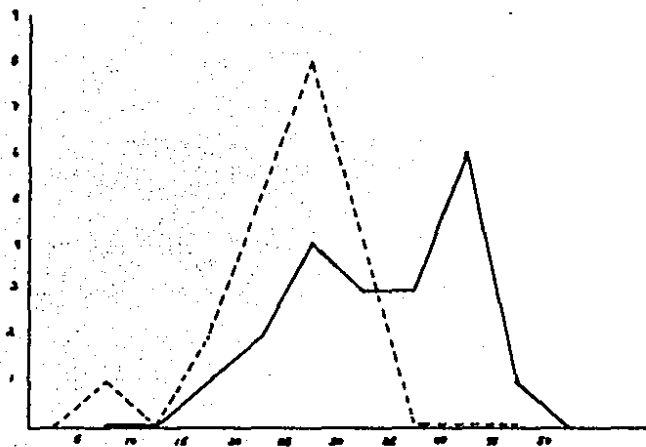


MMPI

Pt

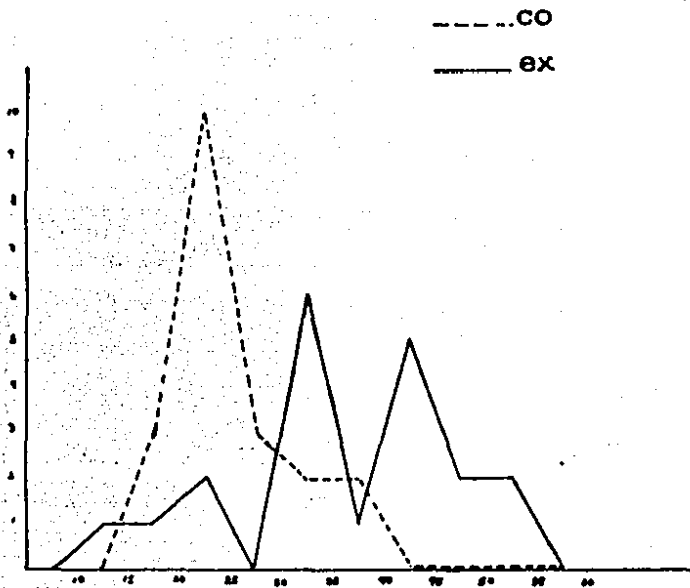
--- CO

— EX



MMPI

Es

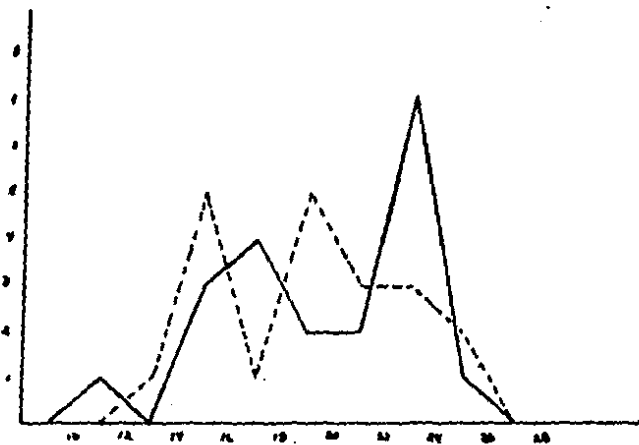


MMPI

Ma

----- CO

———— Ex

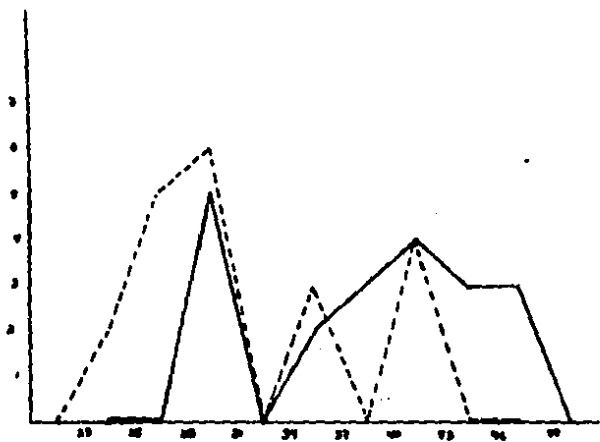


MMPI

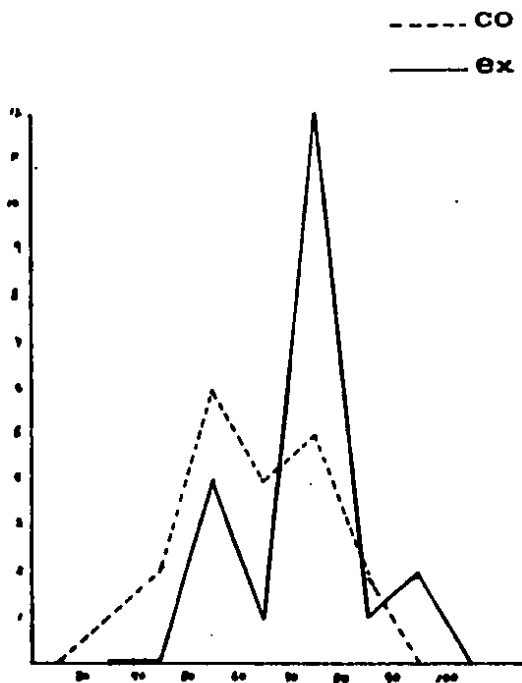
Is

---CO

—EX



Sobreprotección



A N E X O 3

CUESTIONARIO DE SOBREPROTECCION

- 1.- Siempre que es posible, una madre debería dar a su hijo todas las cosas que ella no pudo tener.

TA A I DA TD

- 2.- Es bueno que un niño pueda apartarse un rato de su madre mientras que ella hace su trabajo.

TA A I DA TD

- 3.- Los niños no saben escoger los alimentos que les sirven para desarrollarse.

TA A I DA TD

- 4.- Cuando mi hijo no quiere terminarse toda su comida yo...

- a) Lo dejo porque ha comido suficiente.
- b) Le pido y trato de convencerlo para que coma, si se niega, lo dejo.
- c) Me preocupo un poco pero lo dejo en paz.
- d) Me preocupo y le insisto en que coma.
- e) Me preocupo mucho porque mi hijo puede desnutrirse.

- 5.- Una madre debería defender a su hijo cuando los otros ni nos lo molestan.

TA A I DA TD

- 6.- Cuando mi hijo hace berrinche yo...

- a) No le hago caso, porque no le pasará nada.
- b) No le hago caso, pero siento que le puede pasar algo.
- c) No le hago caso, pero me preocupo por lo que pueda pasarle.
- d) Trato de ver lo que le sucede para que no haga berrinche, porque temo que le pase algo malo.
- e) Me enojo con quien le ocasionó el berrinche por- que debo evitar que mi hijo haga corajes y berrinches porque le hacen daño.

- 7.- Cuando mi hijo quiere el juguete de su hermano (amigo, primo, etc.) yo...

- a) Dejo que los niños se las arreglen solos.
- b) Trato de convencer al otro niño de que lo preste.
- c) Le digo al hermano (primo o amigo) de que dé el juguete.
- d) Le doy el juguete a mi hijo para que no se enoje.
- e) Le doy el juguete a mi hijo para evitar así que se enoje porque le puede hacer daño.

- 8.- Una madre debería defender y encubrir a su hijo ante -- cualquier crítica.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 9.- Mi hijo no puede comer solo porque apenas tiene 4 años de edad.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 10.- Mi hijo me necesita para poder salir adelante.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 11.- Una madre debe vigilar todo lo que hace su hijo, para -- así evitar que éste se caiga, lastime o enferme.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 12.- Cuando mi hijo de dos años de edad sube las escaleras - yo...
- Permito que lo intente solo.
 - Me preocupa que pueda caerse pero le permito que lo haga solo aunque corra el riesgo.
 - Me preocupa que pueda caerse y permanezca detrás de él para evitarle la caída.
 - Voy junto a él porque me da angustia pensa que - pueda caer y golpearse.
 - No lo dejo subir solo, porque no puede y se caería si lo descuido.
- 13.- Me cuesta mucho trabajo y energía cuidar y disciplinar a mi hijo.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 14.- Con una buena educación, un niño puede ser enseñado a - hacer casi cualquier cosa.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 15.- Es responsabilidad de la madre cuidar que su hijo nunca esté triste.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 16.- Cuando mi hijo llora yo...
- Le pregunto qué le pasa.
 - Me preocupo y le pregunto qué le pasa.
 - Me preocupo y trato de calmarlo.
 - Me angustio y no sé qué hacer.
 - Me angustio mucho porque yo debería evitarle todo llanto a mi hijo.

- 17.- Es responsabilidad de la madre el vigilar que su hijo de 4 años se bañe bien, si no lo hace, ésta debe bañarlo.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 18.- Es bueno que una madre le corte el pelo a su hijo, si es que a éste le desagrada ir al peluquero.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 19.- Cuando un niño de 4 años no se abotona la ropa, la madre debe hacerlo por él.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 20.- Un niño requiere de más de dos exámenes médicos por mes.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 21.- No puede confiarse a los niños que hagan cosas por sí mismos.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 22.- Una buena madre se duerme con su hijo cuando éste no puede dormir.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 23.- Una madre debería cuidar que todos los deseos de su hijo se cumplan.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|
- 24.- Debo darle a mi hijo todo lo que pide.
- | | | | | |
|----|---|---|----|----|
| TA | A | I | DA | TD |
|----|---|---|----|----|

Las Instrucciones que se dieron son las siguientes:

"Para una mejor comprensión acerca de usted y de su niño por favor exprese sus opiniones o sus sentimientos acerca de las afirmaciones que siguen en ésta evaluación. No hay respuestas consideradas como correctas o incorrectas, solo exprese sus opiniones y sentimientos.

Lea la afirmación cuidadosamente y marque un círculo alrededor de la opinión o sentimiento que se acerque más a sus

opiniones y sentimientos.

Si está usted totalmente de acuerdo marque las iniciales TA, de acuerdo DA, si le es indiferente I, si está en desacuerdo DA y si está totalmente en desacuerdo marque las iniciales TD".

A N E X O 4

REACTIVOS ANULADOS DEL CUESTIONARIO PILOTO
DE SOBREPOTECCION.

- Siempre que mi hijo pequeño se cae, yo espero a que lllore antes de correr a levantarlo.
- Cuando mi hijo se acerca a la estufa, yo me apresuro a -- quitarlo de ahí.
- Pienso que es correcto no permitir que el niño juegue con agua porque se puede enfermar.
- Las ventanas del hogar deben estar siempre cerradas para evitar que el niño se pueda caer.
- Hay que evitar al niño todo disgusto aunque a veces quiera jugar con tenedores, vasos de vidrio, pasadores, tijeras, et.
- Cuando mi hijo empezaba a caminar, yo corría detrás de él para evitarle todas las caídas.
- Siempre evito que mi hijo juegue con los toma corrientes eléctricos.
- No permito que mi hijo juegue cerca de donde estoy planchando.
- Nunca coloco sustancias químicas o solventes en recipientes abiertos al alcance del niño.
- No permito que mi hijo mayor de 2 años duerma boca arriba por temor a que durante el sueño vomite, ya que puede asfixiarse.
- Cuando mi hijo duerme la siesta, estoy al pendiente de -- cuando despierte cerca de su cama para evitar que lllore -- al despertar.
- Me agoto debido a que mi actividad es muy intensa haciendo y previendo todos los deseos de mi hijo.

- Para evitar que mi hijo sea agredido por otros niños, prefiero yo jugar con él todo el día.
- Daría todo por que mi hijo tuviera todo lo que yo no tuve.
- Cuando mi hijo se niega a comer, le preparo diferentes pl
tillos hasta que algo se le antoje y coma aunque sea un po
co.
- Jamás le ordeno nada a mi hijo, siento que no puedo.